Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 grudnia 1880. №. 51. Rok XIX.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1881 **rok dwudziesty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi; honoraryjum co kwartał obliczane Administracyja Przeglądu Lek. i w roku przyszłym wypłacać będzie szan. współpracownikom punktualnie.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii.
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z kliniki okulistycznéj Prof. Dra Rydla.

Przypadek przerostu fałdu półksiężycowego.

Podał asystent Dr. Emanuel Machek.

Do ogłoszenia niżéj opisanego przypadku skłaniają mnie dwa powody. Czynię to najpierw dla tego, że nie znalazłem w żadnym podręczniku, nie wyjmując nawet wielkiego zbiorowego dzieła wydanego przez Alfreda Graefego i Saemischa, hociażby wzmianki o przeroście fałdu półksiężycowego, z czegoc wynika, że mamy do czynienia z nadzwyczaj rzadkim przypadkiem, a potém dla tego, że i etyjologija tego przypadku jest bardzo ciekawą. Tak z wywiadów jak z przebiegu choroby wynika bowiem, że przyczyną, która w skutkach swoich przerost fałdu wywołała, było wystąpienie krwi pomiędzy blaszki tegoż fałdu. Zanim jednak przystąpię do wytłumaczenia związku, jaki zachodził pomiędzy wylaniem się krwi a przerostem, podam w streszczeniu historyję choroby.

Samuel G., kupiec w K. na Szlązku austryjackim, lat 23 liczący, zgłosił się 15go października z. r. do kliniki. Badanie oka prawego wykazało, że górna powieka, szczególniéj w wewnętrznéj swojéj połowie, jest obrzmiała ale nie zaczerwieniona a przy dotykaniu w całéj przestrzeni obrzmienia jednostajnie miękką. Dolną powiekę wypiera ku przodowi obrzmienie spojówkowe widoczne bez rozwarcia powiek w wewnętrznéj połowie szpary powiekowéj. Spojówka powiek jednostajnie ciemno-czerwona tak, że chrząstki powiek i gruczoły Mejboma przeglądają tylko na ich brzegu. Naczynia spojówki gałkowéj dają się wraz ze spojówką przesuwać i tworzą sieć z wielkiemi okami, w okolicy zaś przyczepień mięśni prostych sieć staje się coraz gęstszą. Mięsko łzowe w porównaniu z lewém zaledwie trochę powiększone, po za niém w miejscu zwykłego fałdu półksiężycowego znajduje się wielkie zdwojenie, widocznie spojówkowe, sięgające aż do górnego i dolnego załamka a naśladujące dokładnie postać prawidłowego fałdu półksiężycowego. Od dołu zajmuje ono pięć ósmych części załamka a od góry jednę czwartą. Grubość tego zdwojenia wynosi na wolnym, ku rogówce zwróconym, brzegu i w tych częściach, które powieki pokrywają, 3 do 4 mm., w téj zaś, która odpowiada szparze powiekowéj, 5 do 6 mm. Powierzchnia tylna, ku gałce ocznéj zwrócona, jest gładka, na przodkowéj zaś znajdują się wyniosłości i zagłębienia. Zaczerwienienie jest jednostajne a tylko miejscami rozpoznać można grubsze naczynia żylne. W zagłębieniach znajduje się ciecz łzowa i płatki śluzu. Wolny brzeg zdwojenia pokrywa rogówkę od dołu i wewnątrz na 2 do 3 mm. Poza to zdwojenie spojówkowe, a więc pomiędzy tylną jego

powierzchnię a gałkę oczną, nie tylko można było wsunąć sondę, która dochodzi aż do załamka, ale cały utwór na sondzie podnieść i od gałki ocznéj oddalić, tak samo wprowadzić można było sondę pomiędzy powiekę górną albo dolną a to zdwojenie. Rogówka jest gładką, przeźroczystą, głębsze części oka są prawidłowe. Bystrość wzroku równa się 6/6. Łzy dostają się bez przeszkody do woreczka łzowego.

Chory podaje, iż mu rodzice opowiadali, że w trzecim roku życia napierał się kawałka mięsa z krzykiem i płaczem a gdy téj zachciance nie uczyniono zadość, wyrosło mu, jak się wyraża, mięso w wewnętrznym kąciku oka tam, gdzie się i dziś znajduje. Mięso to w oczach osób obecnych w jednéj chwili urosło aż do téj wielkości, iż pokrywało część wewnętrzną rogówki, jak to i obecnie ma miejsce. Rady lekarskiéj nie szukano. Dnia następnego powieki posiniały i obrzmiały w tym stopniu, iż ani oka ani obrzmienia widzieć nie można było. Wydzieliny znaczniejszéj nie było, dziecko zachowywało się spokojnie. W przeciągu następnych tygodni obrzmienie powiek ustąpiło, oko było jednak długi czas czerwone (krwią podbiegnięte), wreszcie zbladło, lecz obrzmienie w kąciku wewnętrznym oka pozostało i stosunkowo nie o wiele, zdaniem rodziców, było mniejsze niż obecnie. To cośmy dotąd z wywiadów przytoczyli, podał chory bardzo dokładnie i szczegółowo. Od dawna bowiem wstydził on się, że „z zachcenia“, w co i teraz jeszcze wierzy, dostał oszpecenia; a będąc z tego powodu narażony na szyderstwa wypytywał się często rodziców swoich o szczegóły powstania tego, jak mniemał, piętna. Chory nasz trudnił się w późniejszym wieku handlem obnośnym i zauważył, że po dłuższych wędrówkach pieszych lub jakiéjś pracy cięższéj oko ulegało często zaczerwienieniu. Powieki siniały przy tém zawsze, co jednak bez porady lekarskiéj lub użycia jakichkolwiek środków leczniczych czasem w przeciągu kilku dni, czasem zaś dopiero po kilku tygodniach, ustępowało, w skutek czego chory nie zwracał na to uwagi. Niekiedy bez powodu szła krew z nosa. Przed 2 laty obrzmiały powieki silniéj niż zwykle. Lekarz maść jakąś mu zalecił i krople. Zresztą na oczy nigdy nie był chory, widział dobrze i był zawsze zdrów. Stan ogólny chorego badał dokładnie Dr. P o n i k l o, liczył ilość białych i czerwonych ciałek krwi i znalazł wszystkie narządy w stanie prawidłowym.

Celem zbadania tkaniny pod mikroskopem wycięto kawałeczek nożyczkami. Prof. Dr. B r o w i c z znalazł, iż utwór złożony był z pokładu przybłonka wielowarstwowego, ułożonego na warstwie tkanki łącznéj, która nie przedstawiała budowy nowotworowéj. Nazajutrz podbiegła spojówka gałkowa krwią, górna powieka obrzmiała i posiniała. Krwawienie było w stosunku do małéj ranki dość znaczne. Kilka razy pokazała się krew z nosa. Dziewięć dni późniéj przystąpił Prof. Dr. R y d e l do operacyi i zakrzywionemi nożyczkami odciął utwór przy samym załamku. Krwawienie znaczne. Opaska uciskowa, lodowe okłady. W godzinę późniéj krew, pomimo podwójnéj opaski, spływała po twarzy i płynęła z nosa. Wewnętrznie zadano *ferrum sesquichloratum*, w 12 godzin po operacyi krwawienie ustało. Dnia następnego spojówka gałkowa tak krwią podbiegła, iż tworzyła naokoło rogówki wał, który ją zupełnie zakrywał. W środku spojówki, ku przodowi wypartéj i zakrywającéj rogówkę, było zagłębienie, przypominające środkowe zagłębienie przy babkowatém wyparciu tęczówki. Powieki i sąsiednie części oka od wewnątrz aż po grzbiet nosa, od zewnątrz aż po kość jarzmową, a od góry aż ponad łuk brwiowy, ciemno-niebieskawe i obrzmiałe. Już nazajutrz wessała się znaczna część krwi nagromadzonéj pod spojówką, która tak sklęsła, iż środkową część rogówki widzieć można było. Dziesięć dni późniéj krew była do reszty wessaną a spojówka znajdowała się tylko w stanie przewlekłego nieżytu z dość znaczną wydzieliną śluzowo-łzową. Stosowano zwykłe środki, po czém się stan spojówki poprawił. W dniu trzynastym listopada chory opuścił klinikę. Spojówka była jeszcze trochę rozpulchniona, w dolnym załamku znachodziła się linijowa blizna śluzem pokryta. W górnym załamku widać było małą pozostałość utworu w kształcie małego guziczka. Spojówka gałki prawidłowa.

Badanie mikroskopowe, tak świeżego jak i w wyskoku przechowanego preparatu, wykazało, iż wycięta część wrzekomego nowotworu nie różniła się niczém od prawidłowéj tkaniny fałdu półksiężycowego, z wyjątkiem zmian, jakie w ogólności przewlekły nieżyt spojówki wywołuje. Przybłonek był nieregularnie ułożony, kilkowarstwowy, powierzchowną warstwę tworzyły krótkie komórki podłużne, a pod temi znajdowało się kilka warstw mniejszych, okrągłych, komórek. Miejscami przybłonek zagłębiał się w tkankę łączną pod nim położoną; komórki walcowate przybłonka były w zagłębieniach dłuższe i regularnie poustawiane. Tkanka łączna położona pod przybłonkiem dość nieregularnie rozmieszczona, nie tworzyła brodawek, a ilość jéj znacznie była powiększona. Miejscami napotykano ciałka limfatyczne w dość znacznéj ilości, co zwykle znachodzimy w tkaninie spojówkowéj nieżytem przewlekłym dotkniętéj. Waldeyer znachodził jednak ciałka limfatyczne także na podstawie zupełnie prawidłowego fałdu półksiężycowego. Tkanina podspojówkowa, którą tylko w części odpowiadającéj środkowi ranki wycięto, tworzy siatkę o stosunkowo dość szerokich okach a w niéj widać wiele włókien elastycznych. Naczynia żylne nie o wiele grubsze niż w stanie prawidłowym. Za tém, że wrzekomy nowotwór był tylko przerośniętym fałdem półksiężycowym, co właśnie badanie mikroskopowe udowodniło, przemawiało już ze stanowiska klinicznego umiejscowienie utworu w wewnętrznym kąciku oka, jego postać naśladująca wiernie kształt prawidłowego fałdu półksiężycowego, gładki ku rogówce zwrócony brzeg, powolny wzrost, z których to powodów prof. Dr. Rydel, już przy pierwszém przedstawieniu chorego w klinice ruchoméj, uznał ten utwór za olbrzymio przerosły fałd półksiężycowy.

Przyczyną zaś przerostu było, jak już na wstępie wspomniałem, wystąpienie krwi pomiędzy blaszki fałdu półksiężycowego. Krew, która się pod spojówkę albo do saméj tkaniny spojówkowéj dostaje, znika zazwyczaj po niejakim czasie bez śladu. W bardzo rzadkich tylko przypadkach i to u chorych w wieku już podeszłym pozostaje zgrubienie spojówki albo lekkie ciemne zabarwienie (Arlt). Ucisk jaki wywierają powieki i tarcie mechaniczne przyczyniają się jako środek drażniący do rychlejszego wessania, w tym też celu stosujemy opaskę uciskową. W naszym jednak przypadku, krew nie wystąpiła widocznie pod samą tylko spojówkę lecz także pomiędzy blaszki fałdu półksiężycowego, co ztąd wnosić można, iż kształt i umiejscowienie utworu było od pierwszéj chwili takie, jakeśmy je po 20 latach znaleźli, iż utwór nie mógł być niczém innem tylko olbrzymio powiększonym fałdem półksiężycowym, skoro żadnego innego śladu jego nie znaleziono, iż wreszcie krew wynaczyniona pod spojówką w tak wielkiéj ilości rozlewa się zwykle i przesiąka całą tkaninę podspojówkową a nie tworzy obrzmienia ściśle odgraniczonego, ze szpary powiekowéj wystającego, jak w naszym

przypadku. Że zaś krew zawarta pomiędzy blaszkami fałdu nie uległa wessaniu ale owszem sprowadziła tak znaczny jego przerost, przypisać to zapewne należy stosunkom mechanicznym. Ucisk powiek bowiem wypierać musiał krew ciągle, a tém bardziéj przy każdém zamykaniu szpary powiekowéj, ku przodowi, t. j. do części fałdu położonéj pomiędzy brzegami obu powiek, co za sobą pociągnęło przez dłuższy czas trwające drażnienie i wydęcia tegoż. Fałd zaś znajdował się już w skutek wydęcia ścian swoich i działania powietrza i tak w stanie przewlekłego nieżytu, utracił więc swoją elastyczność, tkanka łączna przerosła i sprawiła powiększenie. Podobny przerost fałdu spostrzegalibyśmy zapewne daleko częściéj, gdyby wylew krwi w znaczniejszéj ilości pomiędzy blaszki fałdu nie należał do nadzwyczaj rzadkich wydarzeń, co ztąd pochodzi, iż utkanie fałdu jest bardzo zbite i tęgie. Trzeba więc przypuścić, iż się to zdarzać może tylko u ludzi ze szczególniejszą skłonnością do krwawienia i wybroczyn. Że w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z taką skłonnością, wynika z historyi choroby.

Trzebaby jeszcze rozważyć, jakie sprawy chorobowe napotykamy w wewnętrznym kąciku i podać, dla czego do żadnéj z dotąd opisanych a podobnych naszego przypadku zaliczyć nie mogliśmy. W pobliżu górnego załamka (Desmarres, Wecker) w okolicy wewnętrznego kącika, na samym fałdzie półksiężycowym, (Arlt, Kranka, Szokalski) a nawet na samém mięsku łzowém, znachodzimy już to pojedyńcze, już téż niekiedy liczniejsze polipy blisko obok siebie położone. Są one jednak zwykle bledsze, znacznie mniejsze, na szypułce osadzone i rosną zwolna. Najbardziéj jeszcze przypomina nasz przypadek to, co Zehender nazywa *Encanthis polyposa*. Jest to polip, który ma szeroką szypułkę i kształt płaski. Przeciwko takiemu rozpoznaniu przemawia jednakże oprócz powstania choroby jeszcze i ta okoliczność, że ani przed operacyją ani przy badaniu mikroskopowém nie wykryto tkaniny łącznéj tak ułożonéj, iżby ją za szypułkę uważać można. Wielkie podobieństwo zachodziło pomiędzy naszém obrzmieniem a nowotworem, który Horner (*Zehender klinische Monatsblätter 1871, p. 8—11*) opisał i na podstawie badania drobnowidowego *fibroma papillare* nazwał.

I w przypadku Hornera było obrzmienie, miękkie, czerwone i jakby z małych zrazików złożone. Nowotwór przykrywał rogówkę, podstawą zaś swoją zrośnięty był ze spojówką gałkową, lecz dopiero w oddaleniu dwóch mm. od brzegu rogówki, tak że jak i w naszym przypadku można było wejść sondą pomiędzy nowotwór i gałkę oczną. Nowotwór ten tak się rozrósł, iż od kącika zewnętrznego aż do wewnętrznego sięgał, i cały górny załamek zajmował, pozostawiając dolną część spojówki gałkowéj i spojówkę powiek wolną. W tamtym jednak przypadku badanie mikroskopowe wykazało, iż nowotwór składał się z samych brodawek, gęsto obok siebie poustawianych, z warstwy tkaniny łącznéj i przybłonka warstwowego. W środku brodawek znachodziły się grube, mocno pokręcone, naczynia. Pomimo iż, mając przypadek Hornera w pamięci, badaliśmy w tym kierunku, znaleźliśmy jednak, jak wyżéj podano, zupełnie inną budowę tkaniny. Virchow wreszcie opisuje *(Krankh.-Geschwülste III. p. 403)* naczyniaki kącika wewnętrznego i fałdu półksiężycowego, które przez długi czas, niekiedy przez przeciąg wielu lat, się nie powiększają, a więc już nie tylko umiejscowieniem i wyglądaniem, ale także bardzo wolném wzrastaniem nasz przypadek przypominają. Przeciwko takiemu rozpoznaniu przemawia jednak budowa i rozpoczęcie się choroby w trzecim roku życia, podczas kiedy naczyniaki są zwykle przyrodzonemi.

W kąciku wewnętrznym spostrzegano także mięsaki (*Graefe-Saemisch IV. p. 152*) i kłykciny kończyste (Walther, Chelius, Himly). Te jednak sprawy chorobowe już klinicznie wykluczyć się dały. Przeciwko nim przemawiały powstanie i długie trwanie choroby, brak zaś barwika, przebieg łagodny, a w części umiejscowienie z góry już wykluczyć kazały rozpoznanie mięsaka.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego. 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

IV.

Choroby układu nerwowego [1]).

Opracował Dr. **Wł. Gluziński.**

A. Nerwice obwodowe.

Nerwobóle (79 przyp.). Najwięcéj chorych zgłaszało się w maju i czerwcu, nieco mniéj w listopadzie. Największa liczba chorych była między 30—50 r. życia. Nerwobólu kulszowego (*ischias*) było 39 przyp., twarzowego 20, międzyżebrowego 7, lędźwiowego 6, potylicowego i karko-barkowego (*cervico-brachialis*) po 3, a udowego (*neuralgia cruralis*) 1 przyp. Nerwoból kulszowy i lędźwiowy napotykano najczęściéj u wieśniaków. Nerwoból udowy dotyczył kobiety 70-letniéj z bardzo znaczném rozdęciem żył odnóg dolnych. W każdym przypadku nerwobólu starano się wyśledzić, czy nie ma w ustroju podstawy przyczynowéj a napotykano takową najczęściéj jako zimnicę, rzadziéj niedokrewność. W rozróżnianiu nerwobólu w ścisłém słowa znaczeniu od zapalenia nerwu (*neuritis*) trzymano się wskazówek podanych przez Nothnagla (*Volkmanns kl. Vortr. 103*). Czkawki (*Singultus*) leczono 23 przyp. Pomimo znacznie mniejszéj ogólnéj ilości kobiet liczba mężczyzn wynosiła 4, zaś kobiet 19. Wszystkie przypadki bez wyjątku dotyczyły chorych wyznania mojżeszowego, którzy obok tego okazywali prawie zawsze inne przypadłości nerwowe. W kilku przypadkach kilkurazowe zastósowanie prądu indukcyjnego na boczne okolice szyi uwieńczone zostało bardzo pomyślnym skutkiem. Kurczów roboczych leczono 5 przyp. (z których 3 dotyczyły pisarzy, a 2 szwaczek) za pomocą użycia prądu stałego z pomyślnym skutkiem. Kurcze łydkowe (2 przyp.) i porażenia nerwu twarzowego (6 przyp.) nie przedstawiały nic szczególnego.

B. Nerwice naczynioruchowe i odżywcze.

Tu zaliczymy ból głowy połowiczy (16 przyp.), chorobę Basedowa (15 przyp.), 2 przypadki dusznicy (*angina pectoris*) i zanik mięśniowy postępowy (4 przyp.)

O migrenie, leczonéj wyłącznie poliklinicznie, tyle tylko namienić się godzi, że przeważną część stanowiły kobiety, że w przypadkach migreny spastycznéj widziano dość pomyślne działanie z wziewań azotynu amylowego, nakoniec że dosyć często napotykano rozszerzenie źrenicy samo przez

[1]) Liczba przyp. chorób układu nerwowego wynosiła 472 (61 w klinice stałéj a 441 w ruchoméj).

się lub połączone z przekrwieniem siatkówki w przypadkach formy porażennéj.

Choroba Basedowa była przedmiotem leczenia w klinice stałéj u 6, w ruchoméj u 9 chorych; mężczyzn było tylko 3, a 12 kobiet. Najmłodsza chora miała lat 18, najstarsza 41; najmłodszy chory lat 20, najstarszy lat 38. Co do stanu: kobiet niezamężnych było 2, zamężnych 6, wdów 4. Nie rozróżniając płci nieco mniejsza połowa przypada na chrześcijan, nieco większa na żydów.

Z przyczyn usposabiających, a względnie wywołujących, wymienić należy następujące przypadłości, poprzedzające pojawienie się choroby: często po sobie następujące porody (2 kobiety spostrzegły bicie serca bezpośrednio po 9tym porodzie), krwotok poporodowy (u 1 kob.), zimnicę i choroby macicy (2 przyp.), biegunkę (1 mężcz.), przelęknienie (2 kob.), niedokrewność i blednicę (u reszty chorych). Prawie we wszystkich przypadkach poprzedzać miały (na kilka dni do 4 lat) pojawianie się objawów choroby Basedowa ogólne przypadłości nerwowe: ból glowy, sen niespokojny, ogólne rozdrażnienie itp., a u 1 choréj wymioty. — Z pośród 8 przyp., gdzie można było jako tako polegać na podaniu chorych, pierwszym objawem choroby było w 6 przyp. kołatanie serca, w 1 przyp. wól, a w 1 przyp. wytrzeszczak (*exophthalmus*). Czas rozwijania się, jako téż trwania choroby, przedstawia się bardzo rozmaicie: w niektórych przypadkach w przeciągu kilku tygodni rozwinęły się wszystkie przypady choroby, w innych od kołatania serca do powstania wóla miało mijać lat kilka.

Kołatanie serca było ciągłe, albotéż występowało w napadach, które oddzielone były okresami wolnemi, trwającemi od kilku godzin do 8 dni. Napady były tém silniejsze, im były rzedsze Jeden z gwałtowniejszych napadów, któremu nadto towarzyszyły przypadłości hysteryczne spostrzegano u następującéj choréj.

M. S., lat 18. Choroba trwa od 1½ roku. Z początku pobytu w klinice napady bicia serca co 4—8 dni, późniéj mimo leczeni a (galwanizowania nerwu współczulnego, zmywań zimną wodą, kąpieli nasiadowych ciepłych z zimnemi natryskami, żelaza, chininu itp.) napady stawały się częstsze, a w czwartym miesiącu przez 9 dni pojawiały się 2 razy dziennie. Jeden z tych napadów był niezwykłego nasilenia i trwał 2 godziny. Badanie wykazywało wtedy uderzenie serca silne, które zajmowało 3cie, 4te i 5te międzyżebrze i rozszerzało się znacznie po za sutek lewy, falowanie żył szyjnych, tętno chybkie, przeszło 150 na minutę, oddech głośny, krótki i przyspieszony, spojówki silnie nastrzykane. Odnogi górne i dolne zimnym potem okryte popadają w ustawiczne drgawki kloniczne. Odnoga dolna lewa w stawie kolanowym pod prostym kątem zgięta z trudnością daje się wyprostować. Stan ten trwał przez cały ciąg napadu. Podobne napady, jednak krótsze i z mniejszém nasileniem, powtórzyły się jeszcze kilka razy.

Badanie fizyczne serca wykazywało po większéj części uderzenie serca rozlane, wymiary serca, osobliwie w kierunku osiowym, zwiększone, szmer dmuchający anorganiczny skurczowy nad lewą komórką i nad tętnicą płucną.

Tętno przeważnie chybkie, częste (100—120), w 2 przyp. 150—160, najczęstsze podczas i po napadzie kołatania.

Ciepłota wahała się zwykle w granicach prawidłowych (36·6—37·5° C.). W 4 przyp. spostrzeżono różnicę ciepłoty między obydwiema połowami ciała, wynoszącą 0·1—0·7° C.; przewyżka ta przypadała u 3 chorych na stronę prawą, a u 1 na stronę lewą, po któréj to stronie wól i wytrzeszczak były większe. Przemijający stan gorączkowy spostrzeżono w 2 przyp., z których jeden był obserwowany przez 4 miesiące, drugi zakończył się śmiercią po 2-letniém trwaniu choroby, u pierwszéj choréj ciepłota wieczorna doszła do 38° raz na dzień przed, drugi raz w dzień po kołataniu serca, u drugiéj na kilka dni przed śmiercią rano do 38·2, wieczór do 38·4°, co zupełnie odpowiada spostrzeżeniom autorów (Eulenburg, Teisser i inni). W reszcie przypadków ciepłota była prawidłową. Czy przypadki te należały do rzadkich przypadków bezgorączkowych, o jakich wspominają Charcot i Dumont, dla krótkości obserwacyi klinicznéj rozstrzygnąć nie podobna.

Wytrzeszczenie gałek ocznych stwierdzono u wszystkich chorych na obydwu oczach, tylko w 1 przyp. na oku prawém, co jest wprawdzie znaném ale rzadkiém zjawiskiem. Być zresztą może, że i u naszego chorego w dalszym rozwoju choroby oko lewe uległoby losowi prawego. Stopień wysadzenia gałek ocznych był różny. W 4 przyp. gałki były nierówno wysadzone, w 3 oko prawe miało przewagę, w 1 lewe. Upośledzenia ruchów gałek ocznych nie stwierdzono.

Tylko w 2 przyp. dało się spostrzegać zmniejszenie lub zupełne zniesienie współruchu powieki górnéj z podnoszeniem lub obniżaniem się płaszczyny patrzenia, które Graefe (*D. Klinik* 1864. 158) uważał jako objaw stały i charakterystyczny, a którego znaczenie rozpoznawcze późniejsi autorowie znacznie zmniejszyli. W jednym z tych przypadków nastąpiło zaburzenie odżywcze w postaci *ophthalmia catarrhalis*, które jednak w krótkim czasie po zastósowaniu zwykłych środków ustąpiła.

Bystrość wzroku była w 2 przyp. upośledzona. Badanie wziernikowe dokonane w 5 przyp. wykazało w 3 lekkie a w 1 znaczne rozdęcie żył siatkówkowych, w 1 żadnych zmian nie stwierdzono.

Zachowanie się źrenic w chorobie Basedowa jest niestałe. Ztąd to pochodzi, że jedni (Graefe, Eulenburg) nie znachodzili żadnych zmian, drudzy (Trousseau, Romberg, Friedreich) napotykali rozszerzenie, inni zwężenie źrenic, a nie brak i takich autorów, którzy twierdzą, że dla zachowania się źrenic w chorobie Basedowa nie ma żadnego stałego prawidła. W naszych przypadkach 3 razy spostrzeżono nierówność obydwóch źrenic (w 2 źrenica prawa była szerszą niż lewa, w 1 przeciwnie; w 2 przyp. źrenice szersze mniéj rączo oddziaływały). W reszcie przypadków źrenice były prawidłowe. Ponieważ najczęściéj napotykane prawidłowe zachowanie się źrenic nie da się wytłumaczyć dostatecznie dotychczas znanemi faktami fizyjologicznemi, według których w chorobie Basedowa źrenice powinny być stałe rozszerzone, ponieważ zresztą na rozmiary źrenic w ogóle wpływają najrozmaitsze czynniki chorobowe, przeto ograniczyliśmy się tylko do zestawienia własnych spostrzeżeń, a nie wdając się w tłumaczenie takowych odwołamy się tylko do spostrzeżeń Chvostka (*W. med. Woch* 1872, N. 19 i 20), który także spostrzegł nierówność źrenic.

Wól stwierdzono we wszystkich przypadkach wielkości rozmaitéj. Tylko w 1 przyp. wól ograniczał się do płatu prawego, w reszcie przypadków zajmował cały gruczoł z przewagą tego lub owego płatu. W przypadku tym wól miał wszystkie cechy zwykłego wólu miąższowego, w 5 przyp. przedstawiał się jako wól tętniakowy, a w reszcie przypadków jako wól naczyniowy. Kołatanie serca tylko u jednéj choréj wywierało wpływ objawiający się powiększaniem rozmiaru gruczołu podczas napadu, a zmniejszeniem się takowego po uspokojeniu się serca.

Ilość moczu po napadzie bicia serca zazwyczaj się

zwiększała, zresztą mocz co do ilości bywał prawidłowy, c. g. wahał się między 1009—1033, a często napotykano objawy zwolnionéj przemiany pierwiastków w postaci szczawianu wapniowego i obfitszéj ilości kwasu moczowego. W 2 przyp. był ślad białka, a w 1 dobrze spostrzegalny ślad cukru. Być może, że u tego ostatniego chorego w dalszym przebiegu obok choroby Basedowa byłaby się rozwinęła moczówka cukrowa, w literaturze lekarskiéj ostatnich czasów znajdujemy bowiem wzmianki o podobnéj komplikacyi, np. C. Hartmann (*Inaug. Diss. Tübingen* 1878) opisuje 1 przyp., gdzie po 9 latach trwania choroby Bazedowa przyłączyła się cukrzyca, i drugi, gdzie rzecz miała się odwrotnie, a O'Neill (*Lancet* 1878) przypadek, gdzie równocześnie wystąpiły objawy obydwu chorób. Przykłady te nie rozstrzygają jeszcze pytania, czy obiedwie choroby rozwijały się na téj saméj podstawie, lub téż jedna względem drugiéj była tylko przypadkową komplikacyją.

Pocenie się jednostronne, jako jeden z rzadszych objawów, spostrzegano przez cały ciąg obserwacyi u choréj M. S. (któréj napad kołatania serca wyżéj opisano) z równoczesném podniesieniem ciepłoty téj strony o 0·2—0·3°. Podobne spostrzeżenia poczyniono dość często w ostatnich czasach, że tylko wspomniemy przyp. Chvostka (*W. med. Woch.* 1872, Nr. 19, 20), zupełnie podobny do naszego, gdzie znaleziono pocenie całéj połowy prawéj, i różnicę ciepłoty o 0·5° od strony lewéj, tylko źrenica prawa była węższa, podczas gdy w naszym przypadku źrenice były jednakowe, Fraenkla (*Pathologie des Sympathicus. Inaug. Diss.*), w którym sekcyja wykazała zmiany w części szyjnéj nerwu współczulnego i Guttmanna (*B. kl. W.* 1876, Nr. 32) w którym źrenica zachowywała się wprost przeciwnie, niż w przypadku Chvostka.

Ze zboczeń w częściach płciowych spostrzeżono u 3 chorych, od 18—39 lat liczących, zatrzymanie miesiączki od 2 miesięcy do 4 lat trwające.

Przy leczeniu starano się działać przeciwko podstawie ustrojowéj w postaci niedokrewności lub blednicy przez dobre odżywianie i podawanie żelaza. Przeciw chorobie saméj używano bromku potasu, arsenu, chininu, leczenia wodnego i prądu galwanicznego na n. współczulny. Co do tego ostatniego, lubo czas leczenia nie we wszystkich przypadkach był dostatecznym, wyniki leczenia (5 przyp.) były dość pomyślne i podobne do wyników otrzymanych przez Chvostka. Prąd galwaniczny nie zawsze działał równie szybko; w 1 przyp. po 4 posiedzeniach dał się spostrzedz skutek. Najłatwiéj i najwcześniéj zmniejszało się a nawet znikało zupełnie wytrzeszczenie gałek ocznych. Trudniéjsza sprawa była z wólem, gdyż nieraz mimo najenergiczniejszego leczenia objętość takowego bardzo powoli malała, a nawet niekiedy się powiększała (u 1 choréj powiększenie obwodu szyi po 4 miesiącach wynosiło 4·5 cm., u drugiéj po 1 miesiącu 1 cm.) Najuporczywszém było kołatanie serca, gdyż w żadnym z naszych przypadków nie widzieliśmy skutku wybitnego; napady stawały się wprawdzie rzedsze, lecz za to tracąc na częstości zyskiwały częstokroć na sile. Wpływ prądu galwanicznego na tętno nie był tak wybitnym, jak to np. twierdzi Eulenburg, mówiąc, że po każdém posiedzeniu czynność serca tak co do ilości, jak i siły się zmniejszała. W przypadkach, gdzie tętno wynosiło 100—120, wpływ prądu na częstość tętna był bardzo nieznaczny, i tylko w 1 przyp. liczba tętna po 8 posiedzeniach zeszła ze 120 do 90, jednakże w krótkim czasie wróciła do dawnéj ilości.

Na zakończenie przytoczymy w krótkości historyję przypadku, który zakończył się śmiercią. Ponieważ opisy sekcyj w téj chorobie nie przydarzają się często, tém bardziéj żałować wypada, że protokół sekcyjny, a z nim ściślejsze badanie anatomiczne, zaginął, a pozostały tylko notatki, które są podstawą niniejszego opisu:

K. K. lat 41, żona kaflarza, od lat 13 zamężna. Od czasu zamęścia cierpiała na białe upławy i kilka razy na zimnicę, była zawsze blada i wątła, a z powodu złego pożycia domowego narażona była na częste zmartwienia. Choroba obecna rozpoczęła się przed 2 laty po dźwignięciu jakiegoś ciężkiego przedmiotu powstał ból w okolicy serca, bóle w stawach, brak apetytu, dreszcze, biegunka, a po kilku tygodniach przyłączyło się bicie serca, które odtąd powtarza się kilka razy dziennie. Miesiączka ustała. W rok spostrzegła chora wól i opuchlinę odnóg dolnych. Przybyła 9/I umarła 26/I 1875.—Badanie wykazało: wzrost mierny, kościec wątły, skóra blada, żyły skórne w licznych miejscach rozdęte, tkanka podskórna wszędzie miernie surowiczo zbrzękła, mięśnie wiotkie. Gałki oczne dość znacznie wysadzone, żyły siatkówkowe miernie rozszerzone. Wól tętniakowy mierněj wielkości z wyraźnym szmerem skurczowym, szmerem żylnym i żyłami skórnemi mocno rozszerzonemi. Serce w obydwóch kierunkach, osobliwie osiowym, powiększone, uderzenie słabe, nad lewą komórką i nad tętnicą płucną szmer dmuchający. Tętno 120, miernie chybkie, ciepłota prawidłowa. W jamie brzusznéj mierna ilość płynu, śledziona miernie powiększona. Znaczne osłabienie, brak apetytu, częste wymioty. W dalszym przebiegu ogólna opuchlina powiększała się, dołączył się nieżyt oskrzelowy, duszność z powiększeniem ilości oddechów do 46, biegunka, przy czém ilość moczu zmniejszała się a osłabienie ogólne wzmagało się. Tętno, które wahało się między 100—120 na dzień, przed śmiercią doszło do 160. Na kilka dni przed zgonem pojawiła się żółtaczka i gorączka z torem nieregularnym dochodząca do 38·4°.

Sekcyja wykazała: Odżywienie złe; żółtaczkę mierną. W przestworach podpajęczych znaczniejszą ilość cieczy surowiczéj. Mózg mniejszéj spójności, miernie przekrwiony; w komórkach bocznych do 50 grm. surowicy mętnéj, wyściółka komórek rozmiękła. W obydwu jamach opłucnowych po 250 grm. surowicy. Na opłucnéj płuca prawego kilka drobnych wynaczynionek. Płuca w częściach przybrzeżnych rozdęte, w tylnych i dolnych przekrwione. Nad komórką lewą plamy ścięgniste. Serce w całości powiększone, jednak grubość ścian prawidłowa. Zastawka dwukończysta nieznacznie zgrubiała. Mięsień sercowy suchy, połyskujący, zbity. — W jamie brzusznéj około 3 litry surowicy. Wątroba nieco zbitsza, muszkatołowa. Śledziona półtora raza powiększona, miąższ ciemno-wiśniowy. Nerki przekrwione. Błona śluzowa żołądka i dwunastnicy mocno przekrwiona, a na szczytach fałdów wynaczynienia. W reszcie jelit kępki Payera i gruczoły odosobnione obrzękłe.

Badanie jam oczodołowych wykazało zwiększoną ilość tkanki tłuszczowéj, nacieczenie tłuszczowe mięśni gałki ocznéj i brak rozszerzenia żył oczodołowych. Gruczoł tarczykowy, przejęty w całości bardzo szerokiemi naczyniami, w płacie prawym koloidowo zwyrodniały. Żyły szyjne wewnętrzne bardzo znacznie rozszerzone. Na powierzchni wewnętrznéj tętnicy dogłowowéj wewn. lewéj mała wybroczyna. Część szyjna sznura nerwu współczulnego prawego cienka jak nitka, zwój pierwszy znacznie powiększony, trzeci pomniejszony. Sznur lewy znacznie zgrubiały, zwój 1szy pomniejszony, 3ci powiększony. Badanie drobnowidowe tak sznurów jako téż zwojów, oparte wprawdzie tylko na niewielkiéj liczbie pozostałych preparatów, nie zdołało wykryć żadnych wyraźnych zmian chorobowych.

Zanik mięśniowy postępowy dostarczył 4 przyp., z których 3 dotyczyły mężczyzn, a 1 kobiety. Ani w jednym przypadku choroba nie była dziedziczną. We wszystkich przypadkach choroba rozpoczęła się między 17 a 22 r. życia. Co do miejsc najpierw zajętych choroba rozpocząć się miała u krawca 23 lat, w przestworach wśródręcza lewego po przeziębieniu. U szewca 21 lat na lewéj odnodze dolnéj bez wiadoméj przyczyny, u wieśniaka, lat 24 liczącego, w mięśniach lędźwiowych i odnogi dolnéj prawéj po przeziębieniu się na weselu, a u wieśniaczki 22 lat bez wiadoméj przyczyny w obydwu odnogach dolnych. W 2 przyp. klatka piersio-

wa okazywała wybitne zmiany krzywicze. W przypadku dotyczącym wieśniaczki znachodził się w środkowéj części klatki piersiowéj obustronny półpasiec (*herpes zoster*). U wieśniaka, powyż wspomnionego, znaleziono wybitną bolesność całego stosu pacierzowego. Przerost wrzekomy (*pseudohypertrophia*) towarzyszył zanikowi mięśniowemu 2 razy, raz na pośladkach i łydkach, drugi raz na grzbiecie. We wszystkich przypadkach czucie było prawidłowe.

III. Z oddziału ś. p. Prof. Loebla we Wiedniu.

Mięsak wrzecionowo-komórkowy (*Sarcoma fusocellulare*) mózgu, serca, płuca lewego, jelita cienkiego, gruczołów limfatycznych i skóry.

Podał Dr. H. Mendelsburg.

Przypadek, który poniżéj opiszę, o tyle jest ciekawy iż nowotwór zajmujący dolny płat lewego pluca symulował w zupełności jamę rozpadową suchotniczą. Rozpoznano też rzeczywiście w pierwszym dniu pobytu chorego w szpitalu wrzedzienicę rozstrzeniową, opierając się na usadowieniu jé w płacie dolnym, na rozedmie prawego i górnego płatu lewego pluca, jakotéż na krwotokach płucnych. Dalszy jednak bieg choroby, a mianowicie guzy w okolicy żołądka, jakotéż niedrożność kiszek, która na samym końcu wystąpiła zamąciły pierwsze rozpoznanie. Domyślano się nowotworu w płucach, jednak była to tylko myśl przelotna, która znów pierwotnemu ustąpiła rozpoznaniu. Mniemanie, jakoby owemi guzami, w okolicy żołądka leżącemi, były inwaginacyje, wcale się nie nasunęło, ponieważ uważano je za nowotwór w żołądku położony, a przy pierwszém badaniu przeoczony. Z badania pośmiertnego na szczególną uwagę zasługuje nowotwór, zajmujący lewy przedsionek serca i za pomocą szypułki z ogniskami w jednéj z żył płucnych osadzonemi komunikujący. Ogniska zaś te, żyłę wymienioną zajmujące, stoją w związku z nowotworem w płucu umieszczonym, znacząc tym sposobem z całą ścisłością drogę, jaką nowotwór postępował. Prof. Heschl, wyjaśniając ów preparat, zwrócił uwagę naszą na rzadkość jego. Te względy skłoniły mnie do opisania niniejszego przypadku.

Lochmann Jan, 45 lat liczący, szewc, przed kilkoma miesiącami zaczął kaszleć, wyrzucając początkowo skąpe a później obfitsze plwociny. Przed 7 tygodniami po raz pierwszy pojawił się krwotok płucny. Chory uczuwał kłucie w płucu lewém. Przed tém dobrze odżywiony chudnął coraz więcéj. Na ból głowy lub dolegliwości żołądkowe nie skarży się, apetyt miał i ma go obecnie, stolec w ostatnich czasach nieregularny. Osłabienie coraz większe, kaszel wzmagający się jakotéż krwotok płucny zmuszają chorego do szukania pomocy w szpitalu, do którego téż dnia 28 października wstąpił.

Stan obecny. Chory średniego wzrostu, skóra blada, dająca się ująć w fałdy, w skórze, mianowicie w okolicy lewéj *fossae supraspinatae*, jako też na udzie prawém, wymacalne guzy twarde, przesuwalne, wielkości czterokrajcarówki. Podściółka tłuszczowa zanikła, kości dosyć drobne. Indywiduum w ogólności znacznie bezkrwiste, charłaczne. Czaszka prawidłowo zbudowana nie przedstawia na swéj powierzchni żadnych zboczeń. Gałki oczne nieco w głąb wciągnięte, spojówka powiekowa blada, źrenice jednakowo rozszerzone oddziaływają na światło prawidłowo. Wargi bladości kredowatéj nie różnią się barwą od skóry je otaczającéj. Język przedstawia te same objawy bezkrwistości, bladoróżowy, wilgotny, pokryty warstwą szklistego śluzu. Na dziąsłach szczęki dolnéj osadzone 3 guzy twarde, wielkości orzecha laskowego, ściśle od siebie odgraniczone, z błoną śluzową zrośnięte i wraz z nią przesuwalne, niebolesne. Guzy te barwy różowéj, osadzone obok siebie od kła lewego do pierwszego zęba trzonowego prawego. Powierzchnia dwóch z nich zupełnie gładka; trzeci na szczycie przedstawia liczne drobne wybujałości blade, pomiędzy któremi osadzone są drobne czopki blade, wycisnąć się dające. Szyja długa, chuda; gruczoły limfatyczne po obu stronach znacznie powiększone, twarde, przesuwalne, jednak niebolesne. Klatka piersiowa długa a wązka, na powierzchni swéj przedniéj nieco zapadła. Podściółka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła, w skutek czego dołki nad i podobojczykowe głębokie. Międzyżebrza miernie napięte; tylko odpowiadające dolnemu płatowi płuca lewego nieco więcéj napięte i większy przy dotyku opór stawiające. Wypuk płuca prawego jawny. Przysłuch stwierdza rzężenia grubo-bańkowate w dolnym płacie tegoż płuca. Wypuk płuca lewego jawny od szczytu tylnego, który na równéj wysokości ustawiony jest ze szczytem prawym, aż do żebra piątego; ztąd zupełne stłumienie, w skutek czego brzegu dolnego oznaczyć nie można. Przysłuch wykazuje do wysokości żebra piątego rzężenia grubo — jakotéż średniobańkowate, od piątego zaś żebra począwszy oddech amforyczny, przytłumiony, z rzężeniami skąpemi, przeważnie drobnobańkowatemi. Wypuk na stronie przedniéj tego płuca przedstawia mniéj więcéj te same objawy. Stłumienie tylko tutaj wznosi się od linii pachowéj tylnéj do żebra czwartego, łączy się ze stłumieniem serca, śledziony, jakotéż ze stłumieniem lewego płatu wątroby. Od żebra 7ego wypuk bębenkowy trzew brzusznych. Przysłuch téj części płuc wykazuje przytłumiony oddech amforyczny z nielicznemi rzężeniami. Uderzenie serca dobrze wyczuwalne w dołku sercowym, granica lewa stłumienia jego leży na lewym brzegu kości mostkowéj. Serce więc całe ku stronie prawéj przesunięte. Tony czyste. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny, przy macaniu nie przedstawia żadnego oporu; wątroba i śledziona niepowiększone. Gruczoły pachwinowe znacznie powiększone, twarde. Stolce nieregularne, jużto płynne, jużto stałe. W prawidłowéj dziennéj ilości czystego moczu białka nie znaleziono. Plwociny śluzowo-ropne bardzo obfite, drobnowidowo niestety nie były badane. Stosunek ciałek białych krwi do czerwonych prawidłowy. Ciepłota średnia 38·5° C. Sensorium niezajęte, chory tylko apatyczny na zapytania odpowiada jasno i zrozumiale.

Stan ten trwa do 8go listopada. Dnia tego wystąpiły wymioty kałem. Chory przedtém nie żalił się nigdy na cierpienia przewodu pokarmowego i żadnych zboczeń w tym kierunku nie wykazywał. Badanie brzucha obecnie uskutecznione wykryło guzy wyraźnie namacalne w okolicy żołądka. Nierówności te przesuwalne poruszają się wraz z ruchami oddechowemi; przy głębszéj palpacyi nieco tylko bolesne. Spodziewając się niedrożności jelit zastósowano natychmiast lewatywę, po któréj w godzinę oddał chory dwa stolce płynne. Dnia 9go listopada guzy ciągle dają się wymacać, brzuch przy dotyku niebolesny, przy ucisku boleśniejszy. Wymioty nie powtórzyły się, stolca nie było. Chory znacznie osłabiony, tętno nikłe i rzadkie, skóra zimna, mokra. Dnia tego chory zakończył życie.

Badanie pośmiertne. W tkance tłuszczowéj lewéj strony klatki piersiowéj 5—6 małych guzów nowotworowych.

W dziąsłach szczęki dolnéj trzy guzy nowotworowe twarde. Błona twarda mózgu z czaszką zrośnięta. Mózg zwykłéj zbitości. W półkuli prawéj na *tegumentum ventriculorum* kilka guzów twardych, okrągławych, szarych, wielkości soczewicy. W lewéj taki sam guz wielkości orzecha laskowego. Gruczoły limfatyczne na szyi po stronach obydwóch, z wyjątkiem kilku, masą nowotworową zajęte. Płat dolny płuca lewego w całości nowotworem zajęty; sam środek jego przedstawia jamę rozpadową wielkości jaja kurzego, napełnioną płynem śluzoropnym, rdzawym, który zawiera liczne drobne odpadki rozmiękłéj istoty nowotworowéj. Jama ta komunikuje z dwoma większemi i kilkoma mniejszemi oskrzelami. Z tkanki płucnéj tego płatu nie pozostało ani śladu; gdzieniegdzie przerzynają nowotwór już to dobrze utrzymane już to na pół zniszczone oskrzela. Cały nowotwór porowaty, gąbczasty. Płat górny płuca lewego, jakoteż całe płuco prawe rozedmą zajęte. W opłucnéj żebrowéj, odpowiadającéj płatowi dolnemu płuca lewego, znajduje się kilka guzów nowotworowych rozsianych. Wymiary serca prawidłowe. W lewym przedsionku guz wielkości jaja gołębiego, okrągławy, miękki, łatwo przesuwalny, na swéj powierzchni skrzepami krwi pokryty. Guz ten wychodzi szypułkowato z jednéj z żył płucnych i za pomocą szypułki swéj, która przechodzi przez kilka ognisk nowotworowych, postępujących za biegiem żyły płucnéj, stoi w związku z nowotworem, zajmującym dolny płat lewego płuca. Na przeponie kilka guzów nowotworowych. Wątroba stłuszczona, śledziona mała, nerki prawidłowe. Żołądek skurczony, próżny, błona śluzowa w duże zmarszczki ułożona. Na błonie śluzowéj jelita cienkiego kilkanaście guzów nowotworowych odosobnionych, wielkości orzecha. W trzech miejscach jelita cienkiego część górna, t. j. bliżéj żołądka położona, wtłoczona jest w część jego dolną na głębokość 3 cm., przyczém na dolnym brzegu *intussuscepti* osadzone są guzy nowotworowe ograniczone, całe światło kiszki zajmujące. Dwie z tych inwaginacyj, na kilka cm. w przebiegu kiszki od siebie oddalone, leżą tuż przy żołądku i przez powłoki brzuszne dawały się wymacać. Tak gruczoły krezkowe jak i pachwinowe nowotworem zajęte. Tenże pod mikroskopem badany przedstawia się jako mięsak wrzecionowo-komórkowy.

IV. Oceny i sprawozdania.

C. Hueter: Grundriss der Chirurgie. I. Hälfte, Allgemeiner Theil. Leipzig, 1880. Vogel.

Sprawozdanie Dra Rydygiera.

Możeby sprawozdanie z powyższego dzieła więcéj na przedmiotowości zyskało, gdyby je kto inny napisał, a nie uczeń autora, uwielbiający swego nauczyciela, ale spieszno mi zwrócić uwagę rodaków na tak wyborne dzieło. Nie wiem, czy je wszyscy koledzy z takiém samém zadowoleniem przeczytają, bo przypomina mi ono złote słowa mojego mistrza płynące z wymownych ust jego. Widzę się znowu w audytoryjum, gdzie tak często przysłuchiwałem się wymownym słowom Huetera. Słyszałem wykładających chirurgów najsławniejszych: słyszałem Luekego, Billrotha, Koeniga, Bardelebena, Volkmanna i mistrza mistrzów Langenbecka, ale żaden wymową Hueterowi nie zrównał, żaden w słowa swoje nie włożył tyle ciepła, tyle zajęcia się przedmiotem, co Hueter. To też niech szan. czytelnik nie spodziewa się po mnie rozbioru powyższego dzieła ostrym skalpelem krytyki. Trudne to zadanie, trudniejsze jeszcze dla tego, że autor dopiero w części szczegółowéj obiecał przedmowę umieścić, w któréj z pewnością bliżéj oznaczy cel, do którego dążył, wyjawi swe życzenia, jakby chciał mieć pojęte swoje dzieło. Koenig w przedmowie do swego podręcznika powiedział, że podręcznik dobry powinien zawierać to, co w czasie jego ukazania się uzyskało ogólne uznanie lub na nie zasługuje. Podług mego zdania Hueter zupełnie ten cel w pierwszéj części swego dzieła osiągnął. Znajdzie tam czytelnik uwzględnione i odpowiednio ocenione prace aż do najnowszego czasu. Zdaje mi się atoli, że się nie omylę, twierdząc, że nie o to głównie Hueterowi chodziło. Podług mego zdania chciał Hueter wydaniem swego dzieła dowieść, że nie potrzeba koniecznie takich dzieł zbiorowych, jak się w niemal wszystkich gałęziach medycyny obecnie ukazują; że to nawet jest poniekąd szkodliwém dla całości i jednolitości podręczników; że zupełnie wystarczą siły jednego autora, żeby napisać dobry, treściwy, a jednolity podręcznik. Mniemanie to moje opieram na zdaniach napisanych przez Huetera przy ocenieniu dzieła zbiorowego patologii Ziemssena (w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* tom IV pag. 287), a późniéj wypowiedzianych w mowie rektorskiéj. Gani tam Hueter taką zbiorową pracę jako niejednolitą i zbyt rozwlekłą, i słusznie powiada, że autorowie tych zbiorowych dzieł, nieraz nawet z poświęceniem rzeczy ważniejszych, dbają tylko o to, żeby własne badanie — choćby mniej ważne — w korzystném przedstawić świetle. Tak np. w dziele Schüllera o tracheotomii itd. naliczyłem około 50 cytatów jego własnych rozprawek, a niejednę i 10 razy cytowaną, żeby tylko czytelnik o nich nie zapomniał. To jedna z przyczyn, dla czego Hueter nie przyjął współpracownictwa w obszernym podręczniku Billrotha i Lueckego; to zdaje mi się przyczyniło się téż do tego, że postanowił wydać własny podręcznik i pokazać, że pojedyńcze gałęzie naszéj rozległéj nauki jeszcze tak dalece się nie rozpadły, żeby jeden autor nie był już w stanie opanować całego przedmiotu i dobrze go przedstawić.

Wdzięczność się należy Hueterowi, że się podjął téj pracy, bo chociaż wcale nie brak niemieckich podręczników chirurgii, każdy z dotychczas wydanych pozostawia coś do życzenia. Alberta podręcznik już — prócz innych błędów — dla saméj formy listowéj, która utrudnia znacznie dokładne usystematyzowanie i szybkie odszukanie przedmiotu, nie uzyska obszerniejszego rozpowszechnienia pomiędzy uczniami, dla których przecież napisany został. Bardelebena podręcznik, prócz téj wady że oparty na starém dziele Vidala, uwzględnia za nadto dawniejsze, nieraz przestarzałe już zapatrywania, jest za rozwlekły, co może i ztąd wynika, że opisując raz choroby podług warstw, a drugi raz podług pojedyńczych okolic ciała, trudno uniknąć powtarzania się. Podręcznikowi zaś Koeniga, najlepszemu bez wątpienia z dotychczas wyliczonych, głównie brak chirurgii ogólnéj, bez któréj podręcznik chirurgii nigdy nie będzie kompletny. Nie przesądzając o wyjść mającéj szczegółowéj części Huetera, o któréj przekonany jestem, że na pewno podoła przezwyciężyć szczęśliwie powyższe trudności, o jego ogólnéj chirurgii powiedzieć tylko możemy, że udało mu się napisać podręcznik wyborny. Obok nadzwyczajnéj krótkości (510 stron) i ścisłości rzecz cała jest tak zrozumiale i przystępnie przedstawiona, że i początkujący ją zrozumieć musi. Że wszelkie ważniejsze prace specyjalne i najnowsze autor uwzględnił, już na początku wspomniałem, ale co podług mnie najwa-

żniejsza, że starał się wszędzie wytłumaczyć istotę i objawy chorobowe na podstawie najnowszych badań fizyjologii, anatomii patologicznéj i doświadczalnéj. Odpowiednio do tego traktowaną jest ogólna terapija: nie empiryczne zachwalenie rozmaitych środków, ale naukowe badanie ich działania i wpływ ich na powstawanie i przyczyny odpowiednich chorób stanowią ten rozdział.

Nie zamyślam się zapuszczać w omówienie poszczególnych rozdziałów, wyliczę tylko napisy: Rozdział I. Ogólne uwagi o zranieniu i zapaleniu. Rozdział II. Ogólne uwagi o gorączce przyrannéj ropnéj. Rozdział III. O guzach. Rozdział IV. Ogólna nauka o operacyjach i narzędziach. Rozdział V. Ogólna nauka o opatrunkach i przyrządach.

Dodawać nie potrzebuję, że całość czyta się przewybornie, boć z tego Hueter dostatecznie znany: obok lekkiego i wykończonego stylu nadzwyczajna jasność, to z pewnością nie podrzędne zalety podręcznika!

Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj.

IV.

Zwykłe grzybki gnilne, jak to już powiedzieliśmy, nie znajdują we krwi odpowiednich warunków do rozmnażania się. Okazał to już dawniéj Tiegel (*Virchow's Archiv* T. 60 str. 453) i Nencki (*Journ. f. prakt. Chem.* T. 19, str. 357). Obecnie znów J. Buchner udowodnił, iż nawet we krwi wytoczonéj z ustroju grzybki gnilne rozwijać się nie mogą. W celu wyjaśnienia tego faktu Grossmann i Mayerhausen (*Pflüger's Archiv f. Phys. XV*) robili doświadczenia nad zachowaniem się prątków gnilnych w rozmaitych gazach. Z nich okazało się, że ozon natychmiast zabija bakteryje gnilne w każdém stadyjum ich rozwoju, skoro gaz działać będzie w należytém stężeniu, gdy tymczasem powietrze atmosferyczne i zwykły tlen sprzyja życiu bakteryj gnilnych, które w gazach tych dość szybko się rozmnażają. Z innych gazów krwi bezwodnik węglowy osłabia ruchy prątków gnilnych, zwłaszcza téż młodszych postaci. Z doświadczeń tych wnosić można iż obecny we krwi ozon zabija grzybki gnilne, tak we krwi krążącéj w naczyniach jak i we krwi wytoczonéj ze zwierzęcia.

Z drugiéj znów strony wiadomo, iż prątki wąglikowe z wielką łatwością i niezmierną szybkością rozmnażają się i żyją we krwi zwierząt zakażonych jadem zarazy śledzionowéj. W skutek takiego rozmnażania się na wielkie rozmiary prątki wąglikowe zatykają naczynia włosowate we wszystkich narzędziach i przyrządach ustrojowych rozpostarte, a następstwem takiego zatkania naczyń włosowatych w płucach bywa śmierć zwierzęcia przez uduszenie (Toussaint: *Recherches experiment. sur la maladie charbonneuse* 1879).

Otóż Szpilman postanowił zbadać zachowanie się bakteryj wąglikowych w obec gazów krwi, a więc i działanie tych gazów na życie prątka wąglikowego. Autor przedstawił pracę swoję Akademii Umiejętności w Krakowie, wyniki zaś swych badań tymczasowo ogłosił w *Zeitschrift für physiologische Chemie* Bd. IV. Hft. 5. Z pięknych doświadczeń naszego ziomka, wykonanych w pracowni prof. Nenckiego, okazuje się:

1) Tlen i powietrze atmosferyczne niezmiernie sprzyjają rozrastaniu się prątków wąglikowych przez wydłużanie się w długie nici, dzielenie się i tworzenie zarodników, z tą różnicą, iż we krwi, wziętéj ze zwierzęcia dotkniętego zarazą śledzionową, prątki wąglikowe nie wyrastały w nicie, lecz tylko rozmnażały się przez poprzeczne dzielenie się, prątki zaś wąglikowe, wzięte ze krwi zwierzęcia padłego, wyrastały tylko w nicie, tudzież rozmnażały się za pomocą zarodników.

2) Co do działania bezwodnika węglowego, to już Pasteur i Joubert w r. 1877 okazali, że gaz ten zabija prątki wąglikowe. Szpilman jednak przekonał się, że bezwodnik węglowy w pierwszych godzinach swego działania nie niszczy zdolności zakażającéj prątków wąglikowych, lecz dopiero po 24 godzinném działaniu zabija bakteryje zarazy śledzionowéj. W pierwszych chwilach działania bezwodnika węglowego na prątki, będące w mowie, odrywają się z nich pojedyńcze ogniwa, lecz w strumieniu CO_2 nigdy prątki wąglikowe nie wydłużają się w nicie. Z tego okazuje się, iż bakteryje wąglikowe są grzybkami powietrznemi (*Aërobia*), to jest nie mogą się rozmnażać bez przystępu tlenu lub powietrza atmosferycznego. W taki sam sposób zachowują się te grzybki we krwi zwierząt chorych. Z niéj zabierają wciąż prątki wąglikowe tlen niezbędny dla ich rozwoju i rozmnażania się, sprawiając jednocześnie mechaniczne zaburzenie w układzie naczyniowym. W skutek zatkania naczyń włosowatych przez bakteryje wąglikowe powstaje zastój krwi w układzie żylnym, kwas zaś węglowy, wydzielający się bezustannie w tkaninach, nagromadza się we krwi i sprawia śmierć zwierzęcia przez uduszenie.

3) Zachowanie się bakteryj wąglikowych względem tlenu lub powietrza ozonizowanego, oraz czystego ozonu, bywa całkiem odmienne aniżeli zwykłych grzybków gnilnych. Ozon zabija te ostatnie nadzwyczaj szybko, gdy tymczasem prątki wąglikowe rozwijają się i rozmnażają w ozonie i powietrzu ozonizowaném w taki sam sposób jak gdyby znajdowały się w tlenie lub powietrzu atmosferyczném. Szpilman przepuszczał ozon przez krew zakażoną w ciągu 7 godzin, w skutek czego zniszczone zostały wszystkie ciałka krwi a ciecz przybrała barwę oliwkową; za pomocą zaś badania spektroskopowego zaledwie można było wykryć ślady oksyhemoglobinu. Mimo to jednak prątki wąglikowe nie uległy zmianie, zwierzęta zaś tą cieczą zaszczepione zdychały w ciągu 48 godzin, licząc od chwili zaszczepienia. Zachowanie się prątków wąglikowych względem ozonu, mówi Szpilman, objaśnia nam wiele faktów, dotychczas niezrozumiałych, co do powstawania chorób zakaźnych w skutek działania grzybków rozszczepnikowych. Jak wiadomo, zwykłe bakteryje gnilne przez narząd oddechowy i przewód pokarmowy dostają się do sąsiednich gruczołów (Nencki, Giacosa), jednakowoż ani w zdrowych tkaninach, ani téż we krwi krążącéj w naczyniach, nie znajdujemy rozwiniętych form grzybków zaszczepnikowych. Wiemy również, iż sprawy utleniania w ustroju zwierzęcym w taki sam sposób się odbywają jak zewnątrz ustroju, gdy ciała organiczne utleniamy za pomocą ozonu. Że zaś ozon natychmiast zabija zwykłe prątki gnilne we wszelkich okresach ich rozwoju, przeto wnosić można, iż zarodki bakteryj gnilnych nie mogą żyć i rozwijać się we krwi i tkaninach żywego zwierzęcia, gdyż obecny w nich ozon na to nie zezwala. Doświadczenia Szpilmana zdają się wskazywać, iż takie tylko postacie grzybków rozszczepnikowych mogą się rozwijać we krwi i tkaninach zwierzęcych, na które ozon, podobnie jak na prątki wąglikowe, całkiem nie działa, przez co mogą one wywoływać rozmaite postacie chorób zakaźnych, już to przez samą sprawę życia, już téż przez wytwarzanie swoistych utworów przemiany materyi, albo wreszcie w jakikolwiekbądź inny sposób.

Taka jest treść zajmującéj pod wieloma względami rozprawy Szpilmana.

Przedstawiwszy w ten sposób wyniki ostatnich prac o pochodzeniu i własnościach jadu wąglikowego, wypada nam wspomnieć o sposobach wkraczania tego jadu do ustroju zwierzęcego.

Że ciała zakaźne (*Infectionsstoffe*) z łatwością mogą przez płuca przechodzić do krwi, było rzeczą z codziennego spostrzegania aż nadto wiadomą. Brakowało jednak doświadczalnego dowodu. J. Buchner użył w tym celu jadu wąglikowego, nadającego się bardzo do tego rodzaju doświadczeń z powodu łatwości otrzymania czystego jadu i trwałych zarodników za pomocą odpowiednich hodowli, tudzież łatwości, z jaką można wykazać działanie wdychanego jadu na ustrój zwierzęcy. Należało przedewszystkiém, o ile można, rozdrobnić jad wąglikowy w taki sposób, aby mógł się unosić w powietrzu w kształcie najdelikatniejszego pyłku. Dla otrzymania pyłku przyrzutowego Buchner zasuszał ciecz zawierającą zarodniki owego jadu na rozmaitych ciałach proszkowatych. Najdogodniejszém w użyciu okazał się proszek węgla i talk (Federweiss) sproszkowany. Wdychanie takiego pyłku zarodnikowego (*Sporenstaub*) przez $^1/_2$ lub 2 godziny zawsze zabijało myszy białe, użyte do doświadczeń.

We wszystkich tych jednak przypadkach śmiertelnego zakażenia myszy za pomocą rozpylonego jadu wąglikowego jad ten mógł wkroczyć do ich ustroju: *a*) przez rany powłok zewnętrznych; *b*) przez zranienia błon śluzowych; *c*) przez przewód pokarmowy; wreszcie *d*) przez drogi oddechowe. Należało więc wykazać: przez które mianowicie wrota jad zarazy śledzionowéj wchodzi do organizmu myszy. Żadnych obrażeń skóry u myszy nie spostrzeżono; drogę tę przeto stanowczo można wykluczyć.

Gdyby jad wąglikowy wkraczał przez błony śluzowe lub dostawał się do krwi z przewodu pokarmowego, wtedy myszy pozostające w pyle ciał zakażonych zarodnikami lecz trudno rozpylających się (np. zatrutéj magnezyi palonéj) tak samo powinny były zdychać jak myszy otoczone pyłem zakażonego zarodnikami węgla lub talku. Nie miało to jednak miejsca, z czego wnosić można, iż jad wąglikowy dostaje się do krwi przeważnie przez płuca, przyczém pyły grube nie mogą przeniknąć przez błonki komórek plucnych, lecz tylko pyłki delikatne i lekkie.

Ponieważ jednak różni autorowie rozmaite objawiali zdania co do skuteczności jadu wprowadzonego do przewodu pokarmowego, przeto Buchner postanowił karmić myszy białe jadem wąglikowym. Z doświadczeń jego dadzą się wyprowadzić następujące wnioski:

1) Myszy karmione czystemi prątkami wąglikowemi, lub téż, za wzorem Pasteura i Toussainta, z dodatkiem węgla, nigdy nie dostawały zarazy śledzionowéj, podobnież jak i myszy żywione pokarmami zaprawionemi małą ilością zarodników.

2) Znaczne natomiast masy zarodników wąglikowych, podane myszom w pokarmie, wywoływały zawsze wąglik z zejściem śmiertelném.

3) Kał prątkowy (*Stäbchenkoth*) nie sprawiał zarazy śledzionowéj, po zaszczepieniu natomiast myszom najmniejszéj choćby ilości kału zarodnikowego takowe niechybnie zdychały.

Widocznie więc albo soki trawiące niszczą zdolność zakażającą prątków wykształconych albo też te postacie grzybkowe, podczas przechodzenia przez błonę śluzową, napotykać muszą na przeszkody, których pokonać nie są w stanie.

Jakkolwiek zarodniki wąglikowe mogą przechodzić do krwi z przewodu pokarmowego, to jednak ta droga wkraczania jadu do krwi o wiele jest trudniejszą aniżeli przez płuca, jak to nam wskazuje następujące doświadczenie. Z pewnéj ilości talku zakażonego zarodnikami Buchner wziął $^1/_4$ i u żyłją do rozpylenia. Takim pyłem oddychało 10 myszy białych i wszystkie zdechły. Pozostałe zaś $^3/_4$ zakażonego talku B. podał w pokarmie innym 10 myszom. Nic im się nie stało — wszystkie były zdrowe. Z masy rozpylonéj zaledwie jedna milijonowa część dostała się do komórek płucowych, gdy ilość trzy milijony razy większa pozostała w przewodzie pokarmowym bez skutku. O tyle więc łatwiéj przechodzą do krwi grzybki wąglikowe przez płuca. Ponieważ wreszcie po zastosowaniu wziewań śmierć również prędko nastąpiła jak po zastrzyknięciu jadu, prawdopodobnie przeto grzybki wąglikowe na drodze z płuc do krwi nie przechodzą przez gruczoły limfatyczne. *Lutostański.*

R. Berlin: **O związku anatomicznym między zapaleniami w oczodole i wśród czaszki.**

Rokowanie w przypadkach zapaleń w oczodole nie jest wprawdzie tak bezwzględnie złém, jak dawniejsi lekarze sądzili, ilość przypadków jednakże kończących się śmiercią nie jest wcale nieznaczną, zwłaszcza gdy się zapalenie śródczaszkowe przyłączy. Związek bywa dwojaki. Do zapalenia tkanki oczodołowéj przystępują oznaki zapalenia śródczaszkowego, albo téż do pierwotnego zapalenia osłon mózgowych przyłącza się zapalenie w oczodole. Pominąwszy uszkodzenia oczodołu i jego ścian, wyłączyć należy z pierwszéj gromady przypadki z równoczesném cierpieniem kości (w postaci zapalenia, owrzodzenia i obumarcia tejże), które pośredniczy w wywołaniu śródczaszkowego zapalenia okostny i osłon mózgowych. Szerzenie się sprawy zapalnéj jest tutaj infekcyjne i odbywa się *per continuitatem*, a jak się zdaje także i *per contiguitatem*. Autorowi nie idzie tyle o wykazanie łatwo zrozumiałego związku w tych przypadkach, ile raczéj o wykazanie dróg pośredniczących w przenoszeniu zapalenia, w przypadkach wolnych od cierpienia kości. Taką drogę, po któréj zapalenie dostaje się do jamy czaszkowéj, widzi B., jak to już pierwszy Velpeau podał, w bezpośrednim związku między *vena angularis* a zatoką *sellae turcicae*. Zakrzepina, a względnie zapalenie żył ocznych, spólniczących z zatoką jamistą po przez szparę oczodołową górną, przenosi zapalenie z oczodołu do jamy czaszkowéj. Mogłoby wprawdzie ropienie dostać się z oczodołu do osłon mózgowych także wzdłuż pochwy n. troistego, bloczkowego, okoruchowego lub odwodzącego, lecz dotąd nie stwierdziło tego żadne spostrzeżenie, tak samo, jak i przeniesienia się ropy wzdłuż pochwy n. wzrokowego, co Wecker przypuszczał, mianowicie w przypadkach zapalenia błon mózgowych po wyłuszczeniu gałki ocznéj.

Zwracając się do drugiéj gromady, w któréj zapalenie przechodzi odśrodkowo z jamy czaszkowéj do oczodołu, napotykamy znów zakrzepicę zatok. Zakrzepica zatoki jamistéj lub innéj zatoki błony twardéj, położonéj bardziéj ku tyłowi, szerzy się na żyły oczodołowe i wywołuje zapalenie tkanki pozagałkowéj. Podług Duscha zakrzepica wtórorzędna łączy się najczęściéj z zapaleniem błon mózgowych. W takich zaś warunkach zapalne wysadzenie gałki ocznéj albo wyprze-

dzający je obrzęk spojówki gałkowéj, występujące po objawach mózgowych, stają się cennym przypadem w rozpoznaniu ropnego zapalenia błon mózgowych, jak to Leyden w swoim czasie podniósł. B. zgadza się z Leydenem o tyle, o ile się to odnosi do ropnego zapalenia błon mózgowych, zawisłego od zakrzepicy zatokowéj. Ale to znaczenie rozpoznawcze obrzęku spojówki gałkowéj zastósowano także do innych postaci zapalenia błon mózgowych, mianowicie do nagminnego zapalenia błon mózgordzeniowych. I tutaj występują najprzód objawy mózgowe lub mózgordzeniowe, a *chemosis* przyłącza się zaraz w początku lub dalszym przebiegu cierpienia, prócz tego stwierdzamy nagromadzenie ropy w komórce przodkowéj, a częściéj w ciałku szklaném. Nasuwała się więc myśl, że ropienie śródczaszkowe dostaje się do oka za pośrednictwem przestworu międzypochwowego n. wzrokowego, przestworu Tenona i onaczyniówkowego, których związek anatomiczny z workiem podpajęczym wykazali Schwalbe i Axel-Key. Oględziny pośmiertne nie potwierdziły atoli takiego zapatrywania, a wykazały, że produkta zapalenia błon mózgordzeniowych dostać się mogą tylko do przestworu między pochwami n. wzrokowego i wywołać jedynie tarczę zastoinową, nie stwierdziły zaś nigdy, żeby wypocina posunęła się daléj, niż do ocznego końca przestworu międzypochwowego. W oględzinach przypadków, w których równocześnie przyszło do wytworzenia się wypociny w przestworach limfatycznych gałki ocznéj, uderza właśnie brak udziału przestworu międzypochwowego, a więc brak dowodu związku bezpośredniego między zapaleniem śródczaszkowém a śródoczném. Inne tłumaczenie poczytuje ropne zapalenie ciałka rzęskowego, występujące w zapaleniu błon mózgordzeniowych, za przerzutowe i stawia je tém samém na równi z ropném zapaleniem tęczówki i naczyniówki, wydarzającém się po tyfusie, gorączce powrotnéj, ropnicy i t. d. B. nie zgadza się z tém zapatrywaniem; gdyby ono bowiem było uzasadnioném, objawy cierpienia ocznego musiałyby występować zawsze późniéj od objawów mózgordzeniowych. Na pozór jest tak rzeczywiście; znakomici nawet autorowie podają, że przypady zapalenia tęczówki i naczyniówki pojawiają się dopiéro w drugim lub trzecim tygodniu od początku choroby. B. nie zgadza się z tém, domyślając się, iż zapalenie tęczówki i naczyniówki występuje zawsze równocześnie z zapaleniem błon mózgowych, ale że objawy bywają częstokroć zrazu nieznaczne i uchodzą uwagi w obec ciężkich przypadów mózgowych, a uderzają dopiero późniéj, gdy się do wyższego stopnia rozwiną. W takiém pojmowaniu rzeczy utwierdzają go spostrzeżenia Oellera i Rudnewa, którzy zapalenie oka rzeczywiście w początkach choroby, a nawet równocześnie z pierwszemi objawami mózgowemi, stwierdzili.

Nie mogąc więc zapalenia ciałka rzęskowego, występującego w przebiegu nagminnego zapalenia błon mózgordzeniowych, uważać ani za rozszerzenie się sprawy zapalnéj śródczaszkowéj ani téż za przerzut, tłumaczy sobie B. jego powstawanie w ten sposób, że grzyb wywołujący zapalenie błon mózgowych, znajdując w naczyniach naczyniówki, tak samo jak w naczyniach błon mózgowych, dogodne warunki do dalszego rozwoju, wywołuje zapalenie naczyniówki równocześnie z zapaleniem błon mózgowych.

Tak więc dotąd wykazaną byłaby anatomicznie jedna tylko droga łącząca zapalenia śródczaszkowe z oczodołowemi, a mianowicie droga żył. Cokolwiekbądź jest rzeczą pewną, że bezpośredniego przejścia zapalenia błon mózgowych przez przestwór między pochwami n. wzrokowego do przestworu Tenona a ztamtąd do przestworu onaczyniówkowego nie udowodniono dotąd ani w jednym przypadku.

Nerwom, a względnie ich pochwom, przypisują, zdaniem B. niesłusznie, ważny udział w rozszerzaniu sprawy zapalnéj także i w zapaleniu oka współczulném, które, jego zdaniem, za cierpienie zakaźne, a raczéj przerzutowe, uważać należy. W przypadkach zapalenia współczulnego poprzedziło niemal bez wyjątku przedziurawienie ściany gałki ocznéj jużto skutkiem urazu, jużto skutkiem przebicia przez wrzód rogówkowy, już téż wreszcie skutkiem zabiegu operacyjnego w przypadkach, w których nowotwór śródoczny dał powód do zapalenia współczulnego. Tęczówka lub naczyniówka była więprzez dłuższy lub krótszy czas wystawiona na wpływ powietrza, a przy tém ściany naczyń nadwerężone. Skutkiem zetknięcia się jagodówki z grzybkami, znajdującemi się w powietrzu albo na narzędziu uszkadzającém, przychodzi do zapalenia tęczówki lub tęczówki i naczyniówki w oku uszkodzoném. Gdzie więc takie uszkodzenie nie zgoi się po prostu, lecz da powód do zapalenia błon ocznych, tam przypuścić możemy razem z Leberem zakażenie oka uszkodzonego, a przyznając zapaleniu jego tęczówki lub tęczówki i naczyniówki cechę zakaźną, upatrywać ją téż możemy snadnie i w cierpieniu oka drugiego, współczulnie dotkniętego. Z pewnością przypuścić bowiem możemy, że część produktow zapalnych dostaje się z oka pierwszego do krwi. Produkta te zalegać mogą gdziekolwiek w ustroju i nie rozwijać się daléj, ponieważ nie znajdują dogodnych dla siebie warunków, ale dostawszy się do naczyń włosowatych jagodówki drugiego oka napotykają one tam warunki odpowiednie glebie macierzystéj, tak, że te produkta, a względnie zawarte w nich zarodki pasorzytów, rozwijają się daléj i wywołują tak zwane przerzutowe zapalenie jagodowki oka drugiego. B. wie bardzo dobrze, że tém rozumowaniem nie dowiódł ostatecznie przyrody zakaźnéj zapalenia współczulnego, ale pragnął to przypuszczenie wypowiedzieć, ponieważ widzi jego wyższość nad dotychczasowém tłumaczeniem powstawania cierpienia współczulnego i sądzi, że ono może wywrzeć wpływ na leczenie uprawniając do wczesnego, zaradczego, wyłuszczenia gałki ocznéj tak niesłusznie zaniedbywanego. (*Volkmanns Sammlung Klinischer Vortraege Nr. 186*, zeszyt wydany 6 października 1880). *Prof. Dr. Rydel.*

Dr. Fischer (w Budapeszcie): **O przepłukiwaniu pęcherza.**

Między sposobami miejscowego leczenia cierpień pęcherza zajmuje bezsprzecznie pierwsze i najważniejsze miejsce przepłukiwanie tegoż różnemi płynami, tak w celu wydalenia zeń pierwiastków chorobowych, rozkład moczu wywołujących, jakiemi są ropa, śluz, skrzepy, krwi itp., jakotéż w celu zetknięcia z błoną śluzową środków leczniczych tak na błonę śluzową jak i na mięśnie i unerwienie pęcherza działających. Dawniejsi lekarze używali do przepłukiwania pęcherza pojedyńczego cewnika, Civiale pierwszy wprowadził w życie cewnik Cloqueta *à double courant*, dziś o tyle postąpiliśmy naprzód, że nie strzykawką lecz za pomocą lejka z wężem gumowym, na wzór Hegarowskiego, wprowadzamy płyn za pośrednictwem cewnika do pęcherza; kateter podwójny, jeżeli nie inną, to tę posiada zaletę, że natychmiast wydala płyn przepłukujący pęcherz i umożebnia płukanie dłuższe bez przerwy czyli t. zw. irrygacyję, wlewanie płynu *en masse*.

Fischer zmienił nieco cewnik Cloqueta, a mianowicie dał mu z przodu nieco większe zakrzywienie i zaopatrzył tępy gałkowaty koniec jego w sześć maleńkich otworów, któremi płyn jak przez sito do pęcherza wchodzi a otworem większym na dolnéj powierzchni zakrzywienia z pęcherza wypływa; tylny koniec cewnika ma tak jak u Cloqueta kształt litery V czyli zakończony jest dwoma ramieniami; na ramię górne zasadza się rurkę gumową odpowiedniéj grubości, a do 50 cm. długą i z lejkiem szklanym połączoną, gdy rurkę na dolném ramieniu utwierdzoną łączy się z naczyniem zbierającém wodę z pęcherza odpływającą. O tyle więc cewnik Fischera lepszy jest od innych, że wprowadza płyn do pęcherza nie jednym grubszym strumieniem; często nie mile pęcherz drażniącym, lecz sitowato i we wszystkich kierunkach. Przed wprowadzeniem do pęcherza należy cewnik zamaczać w 3% rozczynie kwasu karbolowego, chorego ułożyć poziomo z miednicą nieco podniesioną a dla zapobieżenia dostaniu się powietrza do pęcherza rurkę kauczukową górną dobrze ucisnąć; po założeniu cewnika wlewa się powoli płyn do lejka a uciska równocześnie rurkę dolną, dopiero gdy chory poczuje w pęcherzu lekkie parcie, rurkę się otwiera, aby płyn z pęcherza powoli i jednostajnie odpływał.

W ten sposób leczył F. z bardzo pomyślnym skutkiem przewlekłe nieżyty pęcherza przepłukując pęcherz naraz jednym lub dwoma litrami płynu, wyleczył także w jednym przypadku uporczywy niedowład pęcherza (*Atonia et Paresis*) u młodego człowieka, opierający się wszelkiemu leczeniu, za pomocą wlewań i przepłukiwań pęcherza zimną wodą, pobudzającą mięśnie do silniejszego kurczenia się, a wreszcie widział wielką ulgę w kilku przypadkach wrzodów lub sprawy rozpadowéj w błonie śluzowéj przepłukując pęcherz środkami ściągającemi lub przeciwgnilnemi. (*Berl. klin. Woch. Nr. 48*). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. R.) Salzer oblicza ilość włókien na przekroju nerwu wzrokowego średnio na 438.000; ilość zaś czopków na 3 do 3·6 milijonów.

(L. R.) Mooren i Rumpf. (*Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften* Nr. 19) O odruchach naczyniowych w oku. Jeżeli się za pomocą środków drażniących wywoła przekrwienie tęczówki jednego oka, tęczówka druga okazuje niedokrewność; po zaprzestaniu drażnienia występuje znaczne nastrzykanie w miejsce niedokrewności odruchowéj, podczas gdy tęczówka drażniona i pierwéj przekrwiona staje się teraz niedokrewną. Jeżeli się sztucznie wywoła niedokrewność jednéj gałki ocznéj, tęczówka oka drugiego okazuje przekrwienie. Obszary naczyniowe obu oczu pozostają więc w bardzo ścisłym związku, za pomocą którego autorowie tłumaczą niektóre postacie cierpienia współczulnego.

(L. R.) Grünhagen i Jesner. O wytwarzaniu się włóknika po drażnieniu nerwów (*C. f. A.* str. 181). Skład chemiczny cieczy wodnéj zawisł od wpływów nerwowych. Z cieczy wodnéj wydziela się skrzep włóknikowy po zadrażnieniu gałęzi ocznéj nerwu troistego. Drażnienie nerwu ma wywoływać rozszerzenie naczyń a w ten sposób wysięk pierwiastków włóknik wytwarzających. Na drugiém oku niedrażnioném powstają zresztą również skrzepy jakkolwiek słabsze.

(L. R.) Haidenhain. Przyczynek do krytyki doświadczeń hypnotycznych. (*Bresl. ärztl. Zeitschr. März* 1880). Skutkiem powolnego głaskania czoła i] okolicy kości bocznych głowy powstawać ma jednostronna ślepota na barwy i kurcz akomodacyi. Po zapuszczeniu atropinu odzyskuje oko zdolność odróżniania barwy żółtéj i niebieskiéj, chociaż niezupełnie, a pozostaje nieczułém na barwę zieloną i czerwoną.

(T. W.) Dr. Goutermann (*Berl. klin. Woch.* Nr. 48) poleca na błonicę przetwory wapienne, jak wodę i mleko wapienne; w trzech epidemijach błonicy stwierdził skuteczność swego leczenia, polegającego na pędzelkowaniu lub płukaniu gardła powyższemi rozczynami co kwadrans lub co pół godziny, a w cięźkich przypadkach i u bardzo małych dzieci na podawaniu wewnętrzném wody wapiennéj co ½ godziny po łyżeczce. Kilkoro dzieci przezeń innym sposobem leczonych pomarło, leczone przetworami wapiennemi wszystkie wyzdrowiały.

(Kra.) Leczenie zapalenia przyjądrza. Dr. Blaschko w Berlinie używa przy leczeniu zapalenia przyjądrza, zamiast opaski Frickego, elastycznéj opaski z bardzo pomyślnym skutkiem. Chorzy pozbywają się tego cierpienia w przeciągu kilku dni, nie doznając ani przy zakładaniu ani przy zdejmowaniu téjże żadnego bólu. Opaska sześć cm. szeroka, około 1 metra długa, obwija się 3—4 razy, uciskając naokoło jądra i przytwierdzając ją za pomocą stósownego przyrządu. (*Allg. med. C. Zeit.* Nr. 72).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XVI z dnia 3 kwietnia 1880.

Przewodniczący: Kol. Głowacki. Członków obecnych 26.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Następuje sprawozdanie z czynności Komisyi, wydelegowanéj przeszłego roku na prośbę właściciela Lubienia przez Towarzystwo lek. do tego zdrojowiska, (Komisyi złożonéj z kolegów: Feigla, Krówczyńskiego i Opolskiego), która udała się tam dnia 26 czerwca 1879 w towarzystwie Protomedyka kol. Biesiadeckiego i lekarza powiatowego z Gródka kol. Niedźwieckiego oraz kilku innych lekarzy lwowskich.

Sprawozdawca kol. Krówczyński podając opinię Komisyi poprzedza ją krótkim opisem Lubienia w celu dokładniejszego przedstawienia dotychczasowego stanu zdrojowiska, projektowanych w niém ulepszeń, i dla porównania w przyszłości o ile zakład postępuje. Po wzmiance o sposobie wytwarzania się źródeł siarczanych wyraża zdanie o Lubieniu, iż woda wydobywa się niewątpliwie z pokładów gipsowych i przytacza rozbiór chemiczny źródła Ludwika, dokonany w r. 1860 przez prof. Czyrniańskiego, z którego wynika, iż jest ono obfite w związki siarczano-wapienne. Zastanowiwszy się nad działaniem wewnętrznem wód tego rodzaju, zwraca uwagę na wdychiwanie kwasu siarkowodowego w kąpieli mające niemniejsze znaczenie, i wymienia odpowiednie do tych czynników wskazania lecznicze dla Lubienia, nie pomijając dzielnego działania kąpieli borowinowych.

W uwagach o warunkach zdrowotnych Lubienia podnosi, iż tamże nie panują choroby nagminne, nierozstrzygając, czy przypisać to kwasowi siarkowodowemu, oraz zaznacza tamże brak spostrzeżeń meteorologicznych.

Potém opisuje łazienki i domy mieszkalne, wykazując, o ile Zarząd przez urządzenie odpowiednich wygód, drenowanie itp. je polepszył. Dodawszy kilka słów o przyjemnym parku, wodzie do picia, muzyce, przytacza cyfry gości z lat ostatnich, jako to w r. 1877 było gości 862, 1878 do 810, 1879 do 935, które to cyfry uznaje za zbyt szczupłe stosunkowo do nakładów, a powód tego przypisuje dziwnie małemu poparciu lekarzy i pochopowi publiczności pozbywania się pieniędzy w kąpielach zagranicznych. Wzywając tedy Towarzystwo do popierania tych naszych bogactw przyrodzonych, jak to właśnie w Krakowie osobna Komisyja balneologiczna czyni, przystępuje nakoniec do powziętéj przez Komisyję opinii, któréj każdy wymieniony punkt poprzód uzasadnił. Opinija ta brzmi w sprawozdaniu jak następuje:

„Komisyja więc, stwierdziwszy że częściowo uczyniono już zadosyć żądaniom Komisyi wydelegowanéj przed dwoma laty, równocześnie jednak uznaje niezbędną potrzebę:

1. możliwego osuszenia gruntu lubienieckiego;
2. powtórnego rozbioru wody źródła Ludwika [1]);
3. zabezpieczenia ścian źródła i pokrycia szczelnego tegoż odpowiednim budynkiem;
4. ulepszenia domu łaziebnego przez zarządzenie:
a) cel do miejscowych kąpieli;
b) tuszów, łaźni;
c) przez zniesienie 4téj klasy, ewentualnie pomnożenie wanien istniejących klas;
5. urządzenia z większą jeszcze dogodnością i komfortem mieszkań;
6. zaprowadzenia stacyi klimatyczno-meteorologicznéj;
7. wydawania należycie opracowanych sprawozdań przez lekarzy i zarząd, a proponuje:
8. założenie zakładu hydro-terapeutycznego w Lubieniu.

Wypełniając żądania pod l. 1—7 wykazane uczyni Zarząd zadość wskazaniom obu Komisyj [2]) przyjmując propozycyję co do zakładu hydroterapeutycznego, prawdopodobnie zapewni szybki rozwój uzdrowiska kąpielowego, na co Lubień niewątpliwie z powodu skuteczności wód i obfitości źródła zasługuje."

W dyskusyi nad sprawozdaniem mniema kol. Różański, iż rozwój wspomnianego zakładu ma przedewszystkiém znaczenie ekonomiczne i to dla właściciela samego stósownie do dochodów, jakie mu zakład przynosi, a które zawisły od wkładów i starań w celu podniesienia tegoż. Dla chorych jednak i pod względem naukowym ma mniéj lub więcéj świetny stan tego zdrojowiska podrzędniejszą doniosłość, albowiem w obec obfitości kąpieli siarczanych w kraju i zagranicą, można być w wyborze wybrednym. Kol. Chądzyński mówiąc o niektórych niekorzystnych klimatycznych warunkach Lubienia, zaznacza jego wilgotne położenie i uznaje za pierwszą wskazówkę osuszenie zakładu, przedstawiając je jako nader trudne do osiągnienia. Potém zwraca uwagę dotyczącéj Komisyi, iż podaje obecnie wiele z tych wskazówek, które jeszcze w r. 1877 wysłana tamże Komisyja, a do któréj i przemawiający należał, zaleciła jakoto: ocembrowanie źródła, chemiczny rozbiór wody, osuszenie gruntów; dodając zarazem, że już wtenczas postanowił Zarząd pokryć wanny masą platynową, urządzić wychodek w łazienkach a główny stek uregulować, wyraża tedy wątpliwość, czy i tym razem Zarząd do opinii Komisyi całkiem się zastosuje. Po przemówieniach w tym przedmiocie jeszcze kolegów Merczyńskiego, Karcza, Opolskiego i Pawlikowskiego i po zapewnieniu sprawozdawcy, iż niektóre ze wskazówek, jak ocembrowanie źródła itp. już przeprowadzono, a niekóre albo rozpoczęto, lub téż wnet się do nich zabiorą, przyjmuje zgromadzenie sprawozdanie do wiadomości.

3) Wniosek kol. Opolskiego, aby Sekcyja lwowska przeznaczyła odpowiednią kwotę na fundusz wspierania ubogich rekonwalescentów kliniki krakowskiego Uniwersytetu, który to fundusz prof. Korczyński utworzyć się stara, oddało zgromadzenie Radzie zawiadowczéj do załatwienia.

4) Nakoniec kol. Opolski opisał w krótkości przypadek chorobowy, obserwowany w szpitalu tarnowskim, dotyczący śpiącego izraelity, o którym donosiły dzienniki codzienne, jakoby był pogrążony we śnie pozornym. Widząc go osobiście podczas pobytu w Tarnowie i z wywiadów, otrzymanych od lekarza ordynującego, dyrektora szpitala Dra Kowalskiego, przytoczył, że ów chory, nazwiskiem Nechemie Wachtel, lat 24 liczący, zachorował w pierwszéj połowie stycznia br. na chorobę gorączkową, uważaną za dur, w ciągu któréj postawiono mu 30 pijawek na brzuch, 6 za uszyma a 4 na skronie. Przypady mózgowe miały wybitnie występować. W czwartym tygodniu choroby miał zapaść jakoby w sen letargiczny, nie oddziaływając na żadne bodźce zewnętrzne. Według zeznania ojca chory budził się z tego snu co kilka dni, żądając pokarmów, po przyjęciu których miał znów zasypiać. Oddawanie kału i oddawanie moczu miało być bezwiedne. Do szpitala tarnowskiego oddano go 3 marca. Ponieważ chory w czasie widzenia go pozostawał jeszcze w leczeniu a o dalszym przebiegu choroby ma kol. Opolski przyrzeczoną informacyję z uprzejmości lekarza ordynującego, przeto na razie namienia, że badając chorego znalazł go bardzo wychudłym, spokojnie oddychającym, 16 razy na minutę. Oddech był obojczykowo-przeponowy, — przy czém klatka piersiowa jednostajnie się podnosiła. Tętno 70, regularne; tętnica cienka, napięta. Wyraz twarzy bolesny, powieki przymrużone w ciągłych drganiach kurczowych a trudno je rozewrzeć. Szczękościsk pozorny. Trzeba było użyć znacznéj siły do otwarcia szczęk, poczém szczęka dolna powoli się zbliżała do górnéj, a włożywszy palec do ust przed zamknięciem się szczęk, nie doznawało się żadnego ucisku, któryby mógł wskazywać na istniejący kurcz toniczny mięśni przeżuwaczy. Ścisnąwszy nos, zauważył badający, jak chory po długiéj chwili zniżał i podnosił krtań w szybkich ruchach, poczém silnie zaczął robić klatką piersiową a nareszcie otworzył usta i uczynił głęboki wdech. Zjawisko to sprawiało wrażenie jakoby samowiedne z zamiarem, do ostatniéj możliwości, ociągał się z otwarciem ust, celem zaczerpnięcia powietrza. Badający doświadczał go następnie prądem elektrycznym przerywanym i drażnieniem skóry za pomocą szpilki na różnych częściach ciała, jakotéż płomieniem świecy. Wynik tego badania wskazywał prawidłowe oddziaływanie mięśni a prawie zupełną nieczułość powłok skórnych; kłuty zaś w błonę węchową, ściągał nos. Odruchów nie było prawie nigdzie. Jedynie za szturchającém ukłuciem szpilką w dłoni podeszew lekko zgiął palce ręki, a względnie zwrócił stopę na zewnątrz po ukłuciu. Kłując go na wewnętrznéj powierzchni uda w górnéj trzeciéj części wywołano kurcz mięśnia podnoszącego jądra. Przy nadawaniu mu innego położenia, zachowuje się biernie. Posadzony, albo postawiony wraca do leżącego układu, ale widocznie z użyciem pewnéj władzy mięśniowéj. Przy wyprostowaniu lub podniesieniu rąk okazuje zjawisko krótkotrwałego stanu kataleptycznego. Chory bywa sztucznie karmiony za pomocą cewy żołądkowéj. Dotychczas oprzytomniał w szpitalu kilka razy na krótką chwilę, ale na zadane pytania odpowiadał „nie wiem." Nie wiedział, jak się nazywa, a gdy mu powiedziano jego właściwe nazwisko, potwierdził, że tak się nazywa. Zapytany, czy chce jeść, odrzekł: nie. Razu jednego powiedział do sąsiada, który śpiewał: „bylibyście cicho." Po tych błyskach samowiedzy wracał zawsze do stanu zwykłego otrętwienia. Udzieliwszy téj pobieżnéj wiadomości o stanie zdrowia Nechemiego Wachtla, którego przypadek nabrał wiele rozgłosu, oświadczył kol. Opolski, że się spodziewa znaleść drugi raz sposobność badania tegoż, poczém poznawszy dalszy przebieg choroby po jéj ukończeniu się nie omieszka złożyć szczegółowego sprawozdania. Z dotychczasowego obrazu téjże skłonny jest do przypuszczenia prawdopodobnie cierpienia umysłowego badanego, a mianowicie zadumy z otrętwieniem umysłowém i zwraca uwagę, że w tych postaciach chorobowych uważał niejednokrotnie zupełny brak czucia powszechnego, co właśnie uderza i w przypadku obecnym.

Sekretarz *Dr. Tarnawski.*

[1]) W roku bieżącym dokonano rozbioru chemicznego źródła Ludwika.

[2]) Pierwszy raz wysłało Towarzystwo Komisyję przed 2ma laty.

VI. Wnioski c. k. kraj. Rady zdrowia, mające na celu uregulowanie praw i obowiązków t. zw. cyrulików [1]).

Referent Dr. F. Cassina,
c. k. radca zdrowia i lek. pow. w Przemyślu.

C. k. Namiestnictwo z dnia 30 grudnia 1879 l. 63.625 i 21 marca 1880 l. 14.411 udziela do zaopinijowania rekurs S. K. z Gł. przeciw orzeczeniu c. k. Starostwa w Rzeszowie, którém wzbroniono temuż wykonywanie rękoczynów cyrulickich; zarazem wzywa Radę zdrowia do poczynienia wniosków co do środków zarządzić się mających celem powstrzymania partactwa, którego dopuszczają się t. zw. cyrulicy.

C. k. Namiestnictwo z dnia 14 stycznia 1880 l. 1629 udziela Radzie zdrowia do objawienia zdania prośbę kilku

[1]) Na wniosek Sekcyi czortkowskiéj Tow. lek. galic. a za staraniem Rady Zawiadowczéj tegoż Towarzystwa została c. k. kraj. Rada zdrowia wezwaną przez c. k. Namiestnictwo do poczynienia odpowiednich wniosków.

subjektów cyrulicyzch we Lwowie, aby wzbroniono zwykłym golarzom wykonywanie mniejszych rękoczynów cyrulicyzch.

Brak odpowiedniéj liczby lekarzy skłonił c. k. Rząd do utworzenia tak zw. szkół chirurgicznych, mających wykształcać lekarzy o połowiczych wiadomościach lekarskich Takim chirurgom dozwolonêm było osiedlać się bezwarunkowo w miejscowościach takich, w których nie było doktorów medycyny, w miejscowościach zaś, w których byli osiedleni doktorowie, tylko wówczas, gdy mogli się wykazać posadą gminną lub posiadaniem oficyny chirurgicznéj; zarazem nie wolno było tym lekarzom wykonywać praktyki wewnętrznéj.

Każdy chirurg posiadający oficynę był obowiązanym utrzymywać w niéj służbę pomocniczą t. zw. uczniów, którzy po ukończeniu pięcioletniéj praktyki obowiązani byli słuchać wykładów anatomii, poczém składali egzamin w obec starszego gremium chirurgicznego i lekarza obwodowego jako komisarza rządowego, i uzyskiwali świadectwo na subjektów *(Lehrbrief)*, które to świadectwo upoważniało ich do uczęszczania na kursa chirurgiczne, by tamże uzyskać dyplom patrona chirurgii.

Z biegiem czasu, lecz dopiero po kilkodziesięcioletniém doświadczeniu przyszedł Rząd do przekonania, iż nauka lekarska takie postępy poczyniła, iż połowicza znajomość téjże nie ma żadnéj wartości i postanowiono znieść szkoły chirurgiczne, natomiast zaś udzielić pozostałym chirurgom wolności leczenia samodzielnego chorób wewnętrznych, reszta zaś przepisów została niezmienioną i ma do dziś dnia moc obowiązującą.

W naszym kraju niestety przepisy dotyczące chirurgów i oficyn wcale nie były przestrzegane lub tylko nader pobieżnie, chirurdzy, mający obowiązek stale przebywać w oficynach, uważali takowe tylko jako warunek niezbędny do osiedlenia się w pewném miejscu, z drugiéj strony zaś jako środek dochodu otwierali takowe, a późniéj, nietroszcząc się wcale o to, co się w nich dzieje, wydzierżawiali je tacite subjektom, którzy pod firmą właściciela oficyny gospodarowali jak umieli, mając na oku li korzyść materyjalną, pokrywani w obec sądu i ustawy karnéj firmą chirurga. Rzetelniejsi zaś zwijali swe oficyny.

Obecnie doszło już do tego, że wyjątkowo istnieją oficyny chirurgiczne uprawnione, a wszelkie prawa tychże przeszły na golarnie. Jak już powyż wspomniałem, kształciły oficyny pomocników, którzy dzisiaj pod imieniem cyrulików lub pomocników lekarskich trudnią się partactwem lekarskiém na wielką skalę, i jest ich 2 rodzaje: jedni mogący wykazać się świadectwem jak subjekci, którzy, iak świadczy podanie wniesione do Namiestnictwa, nawet w stołeczném mieście uzurpują sobie prawo wykonywania pomniejszych rękoczynów cyruliczych, drudzy, których liczba jest przeważną, są to albo autodydakci, którzy sami nauczyli się kunsztu albo przebywali w golarniach lub oficynach, lecz nieuzyskali t. z. usamowolnienia *(Lehrbrief)*. W obec okoliczności, iż oficyn chirurgicznych coraz mniéj, braknie w najbliższéj przyszłości zupełnie cyrulików egzaminowanych a pozostaną tylko zwykli golarze, którzy, pod warunkami, jakie dziś istnieją, wykonywać będą bezkarnie swe rzemiosło. Najlepszą ilustracyją jest stolica kraju, a cóż dopiero dzieje się na prowincyi.

Każde miasteczko ma co najmniéj jednego cyrulika, a ten w obec ciemnoty ludu naszego jest jego lekarzem, tak téż n. p. w przemyskim i mościskim powiecie nie ma ani jednéj oficyny a mimo to cyrulików znajdziemy w Przemyślu, Niżankowicach, Krzywczy, Mościskach, Husakowie, Krakienicach, Sądowéj Wiszni.

Powodem, dla którego cyrulicy tak bezczelnie trudnią się partactwem, jest to, iż nasza ustawa karna jest niedostateczną pod względem definicyi partactwa, należy bowiem do wyjątków, aby Sąd ukarał cyrulika za partactwo, chyba, że płód spędzi, lub udowodnioném zostanie uszkodzenie cielesne w skutek samowolnego wykonania operacyi, puszczanie zaś krwi lub rwanie zębów, daléj stawianie pijawek nie uznaje się za rzecz zdrożną, jako należące do zawodu cyrulicego. Nawet w razie gdy cyrulik zostanie raz ukaranym, odsiedziawszy karę wychodzi otoczony aureolą męczeństwa jako prześladowany przez lekarzy i daléj partaczy têm zawzięciéj.

W obec tych okoliczności konieczną jest rzeczą, ściśle oznaczyć prawa tak zw. egzaminowanych cyrulików. Ci, według obowiązujących dotąd przepisów, nie mają prawa wykonywania rękoczynów chirurgicznych samodzielnie, lecz tylko w oficynach chirurgicznych, t. j. pod dozorem i odpowiedzialnością lekarza i li tylko z ordynacyi lekarskiéj. Cyrulicy zaś nieegzaminowani nie mają żadnych praw, z któremi by się liczyć wypadało.

Gdy atoli do wykonywania pomniejszych czynności cyrulicyzch, jakoto stawiania pijawek, baniek, podawania lewatyw, potrzebną jest pomoc ludzi do tego ukwalifikowanych, nie można na razie znieść całéj instytucyi cyrulików; obowiązkiem atoli jest władz ograniczyć ją dokładnemi przepisami i utrzymać w granicach surowéj karności.

W tym celu wnosi c. k. kraj. Rada zdrowia: Wysokie c. k. Namiestnictwo zechce wydać szczegółowe rozporządzenie normujące prawa cyrulików i poddające takowe pod jurysdykcyję władz administracyjnych, tak jak to już ma miejsce z niepowolanemi położnemi.

Zdaniem Rady zdrowia należałoby przeto, dopóki ustawodawstwo nie zmieni przepisów dotąd obowięzujących:

1) wszelkie przepisy dotyczące oficyn chirurgicznych na nowo ogłosić, a właścicieli oficyn zobowiązać do ścisłego przestrzegania tych przepisów, karząc surowo każde przekroczenie tychże w drodze administracyjnéj;

2) wydać rozporządzenie normujące prawa cyrulików, i to w następny sposób:

a) w miejscowościach, w których znajdują się oficyny chirurgiczne, tylko w tychże wolno wykonywać wszelkie czynności cyrulicze;

b) tylko w tych miejscowościach, w których nie ma oficyn chirurgiczych, wolno jest golarzom wykonywać poniżéj wymienione czynności cyrulicze, jeżeli wykażą się egzaminem na pomocników *(Lehrbrief)*;

c) golarzom nie posiadającym warunków właśnie pod *b)* wymienionych jest bezwarunkowo wzbronioném wykonywanie czynności cyrulicyzch;

d) cyrulikom wymienionym pod *b)* nie wolno atoli żadnéj czynności wykonywać samodzielnie, t. j. bez ordynacyi lekarza; w ogóle należą tylko następujące czynności do ich zakresu działania: udzielanie pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach chorobowych aż do przybycia lekarza, stawianie pijawek, baniek siekanych i suchych, stawianie gorczyczników, podawanie lewatyw, wreszcie oczyszczanie ran pod nadzorem lekarza.

Puszczanie krwi, rwanie zębów oraz szczepienie ospy, nie mniéj każde leczenie nie należące do zakresu działania cyrulików, uważać należy za partactwo.

e) Przekroczenie powyższych przepisów, o ile takowe nie jest objęte ustawą karną, podlega karze przez władze administracyjne wymierzyć się mającéj, szczegółowo zaś cyrulicy egzaminowani, którzy swój zakres działania przekraczają, niemniéj golarze i cyrulicy nie posiadający wymogów pod *b)* wymienionych, a wykonywający czynności cyrulicze ulegają grzywnie do 100 złr. lub karze aresztu do 14 dni w myśl reskryptu minist. z dnia 30 września 1857 (dz. u. p. l. 198).

Listy z Berlina.

III.

Jedną z najlepiéj urządzonych klinik jest poliklinika chirurgiczna prof. Langenbecka. Jakkolwiek poliklinika ta do obecnéj chwili ma pomieszczenie bardzo liche, a można powiedzieć i nieodpowiednie, jednak używa w Berlinie największéj wziętości, którą jéj zjednał prof. Langenbeck.

Do końca tego miesiąca poliklinika chirurgiczna pomieszczoną jest w starym domu częściowo dwu, a częściowo trzypiętrowym przy Ziegelstrasse. Choć budynek jest duży, to jednak chorych nie może się więcéj pomieścić nad 120 i do tego najbiedniejsi, pomieszczeni w klasie III, znajdują się częściowo rozlokowani po poddaszach, tak, iż nie mają ani dość powietrza, ani dość światła. Chorzy będący w klasie I i II mają jeszcze pomieszczenie jakie takie, ale ci wyżéj wspomnieni muszą przyjąć, co im się zdarzy. Jeżeli jest więcéj miejsca, to i oni mają lepsze pomieszczenie, jeżeli zaś mniéj lub zupełny brak miejsca, to i tak są kontenci, jeżeli się dostaną do niskiego i ciemnego poddasza. Z początkiem listopada zostały oddane na użytek polikliniki trzy nowo wystawione pawilony, budynek zaś stary zupełnie zostanie zburzony, a na jego miejsce staną nowe trzy pawilony, tak iż poliklinika chirurgiczna składać się będzie z 6 pawilonów, w których znajdzie pomieszczenie przeszło 200 chorych i z budynków frontowych, w których będzie się mieścić administracyja, pomieszkania dla lekarzy, a nareszcie pewna ilość łóżek dla chorych I klasy. Chorzy dzielą się na klasy, ci, którzy mogą najwięcéj płacić, należą do klasy I i mają najlepiéj i najwygodniéj urządzone pokoiki, ci zaś, którzy nie są w stanie tyle płacić, dostają pokoiki mniéj gustownie urządzone i z mniejszemi wygodami, biedni nareszcie idą do klasy III.

Wszystkie pawilony są to budynki parterowe bokiem jednym stojące prawie tuż nad samą Spreą, a oddalone od siebie o 30 do 40 kroków. Do jednego z tych pawilonów przytyka sala operacyjna o podstawie kształtu koła, z jednéj strony niezupełnie zamkniętego. Środek, gdzie ma stać stół operacyjny, oddzielony jest od reszty sali rodzajem kanału, do którego wszystkie nieczystości, woda karbolowa po zmyciu posadzki, krew podczas operacyi spływająca na ziemię, mają się dostawać. Naprzeciw tego miejsca i wchodu, właśnie tam, gdzie koło jest nie zamknięte, jest rodzaj nyży, gdzie mają stać szafy z instrumentami, po obu zaś bokach téj nyży są pokoiki przeznaczone do użytku profesora. Oświetlenie téj sali operacyjnéj jest przeważnie z góry, dach bowiem jest szklany; w ścianach są wprawdzie okna, ale te są małe i będą częściowo zasłonięte ławkami, a podczas operacyi i słuchaczami. Posadzka tak w téj sali, jako téż i we wszystkich innych, jest z płyt wyrabianych z cementu. Wentylacyja wszystkich tych pawilonów jest jednaka i tak samo prawie urządzona, jak w pawilonie położniczym prof. Gusserowa, o którym w poprzednim liście pisałem, zachodzi tylko ta jedna różnica, iż nie ma skrzyń pod łóżkami, któreby przyprowadzały i odprowadzały powietrze. Ogrzewanie sal jest centralne za pomocą ogrzanego powietrza, a rury, któremi to powietrze przechodzi, są ułożone w środku sali w kształcie skrzynki podłużnéj. Jeden ze skrajnych pawilonów przeznaczony jest dla przypadków zaraźliwych, jako to dla dyfterytycznych, pyemicznych i dotkniętych różą. Połowa pawilonu przeznaczoną jest dla dyfterycznych, druga zaś dla reszty. Ostrożności będą zachowane wszelkie, aby przyrzutu nie przenosić na innych chorych. Bielizna brudna zostanie wyniesioną do sionki, z któréj rurami dostanie się do suteren, gdzie ulegnie zupełnéj desinfekcyi, nim pójdzie do prania.

W godzinach rannych prof. Langenbeck miewa swe wykłady i operacyje, a po południu, od godziny 2 zaczyna się poliklinika, którą prowadzi prof. Krönlein. Ilość materyjału jest bardzo obfita, dziennie nowych przypadków przychodzi około 40, szukających jednak porady, wliczając już i tych, którzy już po drugi raz lub częściéj przychodzą, będzie więcéj niż 100, dla tego téż do późna w wieczór tak profesor, jak i praktykanci są zajęci. Cięższe przypadki przyjmują się do stałéj kliniki, lżejsze zaś natychmiast operują się i leczą ambulatoryjnie. Takie przypadki, jak zwichnienia i złamania odnóg górnych, zakładania gorsetów gipsowych u skoliotycznych, zakładanie przyrządów lub opraw gipsowych u dzieci z *pes valgus*, *equinus* itd., wszystkie załatwiają się ambulatoryjnie. Zamiast opatrunku gipsowego używają na poliklinice Langenbecka oprawy ustalającéj z tripolitu. Korzyści, jakie ten opatrunek daje są te: iż jest nieco tańszy od opatrunku gipsowego, a po wyschnięciu lżejszy o 10%. Opatrunek tripolitowy zakłada się w zupełności tak samo jak gipsowy.

Jednym z najpiękniej i najlepiéj urządzonych szpitali berlińskich jest tak zwany szpital katolicki albo św. Jadwigi, położony przy „Grosse Hamburgerstrasse“. Szpital ten nie dla tego nosi nazwę katolickiego, iżby tam mieścili się sami katolicy, bo religia nie robi żadnych trudności w przyjęciu, ale dla tego, iż przy tym szpitalu utrzymały się Siostry Miłosierdzia, jako téż i lekarze ordynujący mają być katolikami. Szpital ten obecnie nie należy do największych, bo w nim znajduje pomieszczenie niespełna 300 chorych, ale wkrótce zostanie o drugie tyle zwiększony, dom bowiem frontowy trzypiętrowy, przy téj saméj ulicy wystawiony, jest już na ukończeniu, a w nim ma znaleść pomieszczenie znowu 300 chorych. Do szpitala tego przyjmuje się przeważnie chorych z wewnętrznemi chorobami, choć i dla chirurgicznych przypadków, mianowicie lżejszych, znajduje się pomieszczenie; tych obecnie jest około 60. Sale szpitala tego nie są wielkie, w największych mieści się 10 chorych, zwykle jednak w każdéj salce jest 6—8 chorych. Pokoiki przeznaczone dla klasy 1éj i 2éj są mniejsze, na 1, 2 do 3 łóżek. W rzeczy saméj nie są one w stosunku do ilości chorych mniejsze, ale więcéj miejsca zajmują sprzęty służące dla komfortu, jak sofy, stoły, szafy itd. W salach chorych 3ciéj klasy, które musimy brać za miarę urządzenia całego szpitala, wygoda połączona jest, że tak powiem, nawet ze zbytkiem. W każdéj salce znajdują się karła sprężynowe dla wygody chorych, łóżka żelazne zgrabne, zaopatrzone w materace. Obok każdego łóżka umieszczony jest w ścianie guzik od dzwonka elektrycznego, u ciężko chorych i pod tym względem wygoda jest jeszcze spotęgowaną, bo od guzika

umieszczonego w ścianie idą druty ujęte w rączkę spoczywającą na łóżku chorego, tak iż tenże nie potrzebuje żadnego ruchu wykonać, a nawet i ręki nie wiele potrzebuje ruszyć, aby zadzwonić i przywołać posługacza. Ponieważ wodociągi są urządzone w całym Berlinie, a więc i tu ich nie brak, dla tego też i kąpiele czy to zimne, czy ciepłe, chorzy biorą obok swych łóżek bez wielkiego zachodu. Pomiędzy dwiema salkami w jednym rogu przy wspólnéj ścianie są umieszczone małe komórki, w których się znajdują waterklosety.

Jedném z niekorzystnych wrażeń, jakie wyniosłem ze szpitali i klinik niemieckich jest to, że mało w ogóle zajmują się środkami nowemi, w innych krajach używanemi. Wprawdzie sprowadzają je niektórzy, ale tylko na okaz i dla ozdoby szafek, nie używają ich zaś wcale, a nawet flaszek i słoików nie odpieczętowują, a o działaniu tych leków i ich użyciu naturalnie nic nie wiedzą. Spotykałem się ze środkami, których w klinice krakowskiéj już od kilku lat używa się i o których skuteczności przekonano się, tu zaś nic o nich nie wiedzą. Zdarzyło mi się nawet spotykać się z lekarzami, którzy jeszcze nawet nie słyszeli o terpentynie cypryjskiéj, choć ta w świecie lekarskim w tym czasie nabrała tyle rozgłosu. *Dr. Ant. Janiszewski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 47 (do 20 listopada) ospa bardziéj się rozszerzyła w Londynie. Leczyło się w szpitalach 197, umarło 10, świeżo zapadło 99. W Wiedniu umarło 15, w Budapeszcie 11, w Pradze 6, w Wenecyi 8, w Paryżu 15, w Maladze 9, w Rzymie i Madrycie po 21. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 5, w Madrycie 16. Z płonicy umarło w Berlinie 19, w Pradze 8, w Londynie 66. W tygodniu 48 (do 27 listopada) umarło w Krakowie: 2 z płonicy, 6 z błonicy, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 2 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy, 5 odry, 11 płonicy, 2 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 47 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 41,6; we Lwowie 34,3; w Warszawie 19,4; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 21,5; w Budapeszcie 34,9; w Pradze 29,7; w Tryjeście 26,4; w Berlinie 21,7; w Wrocławiu 32,0; w Monachijum 29,6: w Gdańsku 26,1; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 22,9; w Genewie 22,1; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 24,8; w Hadze 19,4; w Paryżu 24,6; w Londynie 21,2; w Kopenhadze 19,9; w Stokholmie 30,3; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 35,8; w Odesie 26,9; w Rzymie 29,0; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 30,6; w Barcelonie 24,5; w Aleksandryi 49,5; w Bombayu 29,3; w Madrasie 32,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 grudnia. Otrzymaliśmy następujące pismo: Wydział gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zastanawiał się na ostatnich dwóch posiedzeniach (d. 26 listopada i 4 grudnia) nad programem naukowym Zjazdu, a w szczególności obmyśliwał środki, jakby zawczasu zapewnić sobie wykłady, zajmujące szerszą publiczność a przeznaczone na posiedzenia ogólne Zjazdu. Uchwalono także rozesłać zaproszenia na Zjazd do wszystkich, o ile możności, lekarzy i przyrodników polskich.

* *Gazeta Lekarska* znów nas od kilku tygodni nie dochodzi; tymczasem dowiadujemy się z ogłoszeń, że tygodnik ten z d. 1 stycznia 1881 r. przechodzi na własność 23 lekarzy warszawskich, którzy zarazem będą jego współpracownikami. W skład Komitetu redakcyjnego wchodzić będą: Drowie Dunin, Gajkiewicz, Hering, Klink, Kondratowicz, Matlakowski, Nussbaum i Przewóski, wydawcą będzie Kondratowicz, a redaktorem odpowiedzialnym Gajkiewicz.

Przyznajemy, że nie znając dokładnie stósunków warszawskich nie wiemy też, co ma znaczyć nagła ta zmiana dekoracyi, skoro do niedawna zapewniano, że *Gazeta Lekarska* przeszła na własność dotychczasowego redaktora prof. Łuczkiewicza. Uderza nas atoli, że w liczbie członków komitetu redakcyjnego znajdujemy aż 4ch z 7miu dotychczasowych redaktorów *Kroniki Lekarskiéj*, jak niemniéj nazwisko redaktora *Pamiętnika T. L. W.* Co znaczy ta *permutatio rerum?*

* **Wiedeń.** Komitet wyznaczony przez Wydział lekarski celem proponowania następcy po prof. Hebrze przedstawił prof. Kaposiego; gdy jednak wniosek ten odrzucony został 11 głosami przeciw 10, wybrano nowy komitet w skład którego wchodzą proff. Duchek, Wedl i Zeissl.

Do proponowania nastepcy po prof. Dumreicherze wyznaczony został komitet, w skład którego wchodzą proff. Billroth, Dittel, Hofmann, Späth i Stellwag. Komitet przedstawi trzech kandydatów, a mianowicie 2 uczniów Billrotha: Czernego i Gussenbauera, oraz prof. Alberta, ucznia Dumreichera.

* Medal wybity z polecenia Kolegijum doktorskiego we Wiedniu na cześć Hyrtla, a którego trzy okazy (złoty, srebrny i brązowy) Jubilatowi wręczono, przedstawia po jednéj stronie popiersie Hyrtla z orderem korony żelaznéj, oraz gwiazdą szwedzką i turecką i z napisem: „*Josephi Hyrtl septuagenarii,*" po stronie odwrotnéj zaś wśród wieńca w połowie z liści dębowych, a w połowie z wawrzynów znajduje się napis: „*Diem natalem pie grateque celebrans Collegium Medicinae* „*Doctorum Vienense VI Idus Decembre MDCCCLXXX.*"

* Na Wydział lek. w Gryfii uczęszcza w półroczu bieżącém uczniów 282.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Arnold w Heidelbergu otrzymał tytuł radcy dworu. — Lekarz jeneralny sztabu Dr. Roth w Dreźnie mianowany został honorowym zwyczajnym prof. higijeny w politechnice tameczńéj i otrzymał order korony pruskiéj 2giéj kl. — Prof. Hyrtl otrzymał order św. Stanisława 2giéj kl. i krzyż komturowy 1széj kl. orderu Wazów.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 50: Sokołowskiego: O nieżytach oskrzelowych wikłających suchoty płucne.

Sprostowanie W Nrze 50, na str. 645, szpalcie 1széj zamiast „chlorku potasu" powinno być: chloran potasowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

GAZETA LEKARSKA
Rok 1881.

Z dniem 1go Stycznia 1881 roku *Gazeta Lekarska* przechodzi na własność następujących lekarzy, którzy zarazem będą jéj stałymi współpracownikami: Anders L., Anders T., Chrostowski Br., Dunin T., Elsenberg A., Gajkiewicz Wł., Grosztern W., Hering T., Jasiński R., Jawdyński Fr., Klink E., Kondratowicz St., Korniłowicz E., Kramsztyk Z., Kwietniewski St., Matlakowski Wł., Modrzejewski E., Nencki L., Nussbaum H., Pawiński J., Peszke J., Przewoski E., Sokołowski A., Zera T.

Komitet redakcyjny stanowić będą: Dunin Teodor, Gajkiewicz Władysław, Hering Teodor, Klink Edward, Kondratowicz Stanisław, Matlakowski Władysław, Nussbaum Henryk, Przewoski Edward.

Redaktorem odpowiedzialnym będzie **Dr. Gajkiewicz Władysław**, wydawcą **Dr. Kondratowicz Stanisław.**

Warunki prenumeraty pozostają te same.

Adres Redaktora: Warszawa Marszałkowska 45.

Adres Wydawcy: Warszawa Marszałkowska 49.

Uprasza się o wczesne nadsyłanie prenumeraty i dokładnych adresów, w celu uniknienia zwłoki w odbiorze pisma.

Szczegółowy prospekt tyczący się kierunku i naukowéj strony pisma, niebawem ogłoszonym zostanie.



Sautera puste torebki na czopki
(Hohle Suppositorien Capseln)

z najczystszego masła kakaowego.

Dokładne dozowanie. Czystość. Elegancyja. Szybka i łatwa praca.

Maszyny i formy są zbyteczne.

Skład: **Hammer u. Vorsak**

Skład chem. farm. narządów i sprzętów

Wiedeń. Opernring 21.

APTEKA pod KORONĄ
J. TRAUCZYNSKIEGO
w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i zagraniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, roztwór żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIĄGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁÓTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY, — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE, PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

Dr. ANJELA
Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel
(na Szląsku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, miesienia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

Pomiędzy balneologicznemi skarbami leczniczemi jakie przyroda stworzyła dla ulgi cierpiącéj ludności zajmuje niezaprzeczenie **Woda gorzka Franciszka Józefa** wybitne miejsce. Znakomitości lekarskie europejskiéj sławy jak Profesorowie Bamberger, Braun, Breisky, Drasche, Leidesdorf, Gerhardt, Kussmaul, Leube, Meynert, Nussbaum, Scanzoni, Spiegelberg, Schlager, Klebs, Buhl, Hirsch i wielu innych zalecają w orzeczeniach i wykładach klinicznych wodę gorzką Franciszka Józefa, która się tém różni od wszelkich innych znanych wód gorzkich, że już w małych dawkach obok przyjemnego smaku pewnie i łagodnie skutkuje i jest dla ustroju nawet po dłuższém użyciu najodpowiedniejszą.—Jeszcze w r. 1878 w podobny sposób orzekła Lekarska Akademija w Paryżu a na ostatniéj wystawie powszechnéj została ta wyszczególniającą się woda odznaczoną, jak również na węgier. krajowéj wystawie w r. 1879 wielkim złotem medalem nagrodzona. Aby się przed oszukaniem uchronić zaleca się zresztą żądać w Aptekach i handlach wyraźnie: **Wody gorzkiéj Franciszka Józefa.**

Zdania znakomitosci lekarskich o
WODZIE GORZKIEJ
FRANCISZKA JÓZEFA

według ogólnego uznania najskuteczniejszéj ze wszystkich wód gorzkich.

Prof. Dr. Biesiadecki, Protomedyk i kraj. referent sanitarny we Lwowie: „Woda gorzka Franciszka Józefa działa już w małych dawkach jako pewny rozwalniający środek nie sprawiający bolu, nie tracący przy dłuższém użyciu skuteczności i nie przeszkadzający trawieniu“. 3 Listopada 1879.

Dr. Głowacki, Dyrektor szpitala we Lwowie: „Według skutków otrzymanych na oddziałach pow. szpitala potwierdzam zgodnie z prawdą iż woda gorzka Franciszka Józefa zasługuje na szczególne uwzględnienie jako pewny, łagodnie działający środek przeczyszczający“. 12 Listopada 1879.

Prof. Dr. Madurowicz w Krakowie: „W cierpieniach położ. i gin. sprawia zawsze już w małych dawkach szybko i nieboleśnie zamierzony skutek“. — 5 Listopada 1879.

Dr. Stella Sawicki, Inspektor szpitali krajowych we Lwowie: „Po bardzo sumiennym badaniu różnych rozwalniających wód mineralnych stwierdzam iż woda gorzka Franciszka Józefa ze względu że już w małych ilościach skutecznie, prędko i nieboleśnie działa do najlepszych wód mineralnych należy“. — 29 Paźdz. 1879.

Dr. Warschauer, w Krakowie. Prezes Towarz. lek. nadzw. czł. Akad. Um. „Wodę gorzką Franciszka Józefa, o której przekonałem się, że w miernéj dawce w najrozmaitszych chorobach jest bardzo dzielnym lekiem rozwalniającym mogę jak najgoręcéj polecać“. — Kraków dnia 2 Marca 1880 r.

C. kr. Powsz. Szpital w Wiedniu V. oddział Prof. Dr. Draschego: „W niezytach żołądka i jelit, nawykowém zaparciu stolca, braku apetytu, nawałach krwi, krwawnicach, cierpieniach wątroby i chorobach kobiecych uzyskano wyborne wyniki“. — Wiedeń 1878.

☛ Ostrzega się przed **nieprawdziwą, zielonemi etykietami** opatrzoną wodą gorzką Franciszka Józefa.

Składy znajdują się we wszystkich aptekach i renomowanych składach wód mineralnych. — Pisma o źródle itd. otrzymać można gratis za pośrednictwem **Dyrekcyi rozsełki w Buda Peszcie.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.